

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Departamento de Psicología General**



**TESIS DOCTORAL**

**Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas motoras de  
ansiedad : elaboración de un instrumento de medida  
(I.S.R.A.)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Juan José Miguel Tobal**

**Madrid, 2015**



.TP

1987

041

x-53-002675-8

Juan José Miguel Tobal

EVALUACION DE RESPUESTAS COGNITIVAS, FISIOLOGICAS Y MOTORAS  
DE ANSIEDAD: ELABORACION DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA  
(I.S.R.A.)

Departamento de Psicología General  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense de Madrid  
1987



Colección Tesis Doctorales. Nº 41/87

© Juan José Miguel Tobal  
Edita e imprime la Editorial de la Universidad  
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía  
Noviciado, 3 28015 Madrid  
Madrid, 1987  
Xerox 9400 X 721  
Depósito Legal: M-15166-1987

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

MADRID, 1985

TESIS DOCTORAL

EVALUACION DE RESPUESTAS COGNITIVAS, FISIOLÓGICAS Y MOTORAS  
DE ANSIEDAD: ELABORACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA  
(I.S.R.A.).

AUTOR: JUAN JOSÉ MIGUEL TOBAL  
DIRECTOR: JOSÉ LUIS PINILLOS DÍAZ





I

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que, de una manera u otra, han apoyado mi trabajo.

En especial a José Luis Pinillos por sus siempre acertadas sugerencias y a Antonio Cano Vindel por su colaboración desde la gestación del proyecto, hasta el momento en que escribo estas líneas; incluyendo las muchas horas pasadas en el Centro de Proceso de Datos desarrollando los programas necesarios para llevar a cabo los análisis estadísticos.

A Miguel Lopez Coira y Francisco Miguel Tobal que siempre, y a cualquier hora, han estado dispuestos a echar una mano donde hiciera falta, aplicando pruebas, discutiendo los distintos aspectos, y animándome con su esfuerzo a seguir adelante.

A Laura Martín-Javato y Rocío Agustí Cortés por la ayuda prestada en el análisis de datos, búsqueda de información, etc.

A Pedro Pérez Fidalgo y M<sup>a</sup>. Carmen Zapatero Boyero por su dedicación y paciencia para mecanografiar el presente volumen.

Y, finalmente, a Juan Mayor y todos los compañeros que pusieron a mi disposición los medios necesarios para la realización de esta Tesis.



A mis maestros

J.L. Pinillos y J.C. Brengelmann



I N D I C E

PARTE 1. ASPECTOS TEORICOS Y EMPIRICOS DE LA ANSIEDAD Y SU  
EVALUACION

	<u>Página</u>
1. INTRODUCCION.....	2
1.1. El concepto de ansiedad.....	3
1.2. Evolución del concepto de ansiedad.....	4
2. DISTINTOS ENFOQUES TEORICOS SOBRE LA ANSIEDAD.....	12
A. BLOQUE 1. TEORIAS FREUDIANA, NEOFREUDIANAS Y HUMANISTAS	
2.1. Teorías Freudianas.....	15
2.1.1. Primera Teoría (1984).....	15
2.1.2. Modificación a la primera teoría de ansiedad.....	16
2.1.3. Segunda Teoría (1925).....	16
2.1.3.1. Tipos de ansiedad.....	17
2.1.4. Aclaraciones y rectificaciones de la segunda teoría.....	19
2.2. Teorías neofreudianas.....	22
2.2.1. Alfred Adler.....	24
2.2.2. Harald Schultz-Hencke.....	26
2.2.3. Thomas French.....	27
2.2.4. Sandor Rado.....	28
2.2.5. Harry Stack Sullivan.....	29
2.2.6. Karen Horney.....	31

	<u>Página</u>
2.2.7. Edith Jacobson.....	33
2.2.8. Erich Fromm.....	36
2.3. Teorías humanistas.....	38
2.3.1. Carl Rogers.....	39
2.3.2. Rollo May.....	40
2.3.3. Goldstein.....	43
2.3.4. Epstein.....	44

#### B. BLOQUE 11. TEORIAS DE PERSONALIDAD

2.4. Teorías Rasgo-Estado.....	49
2.4.1. Cattell.....	50
2.4.2. Spielberger: hacia una teoría de la ansiedad Rasgo-Estado (1ª parte: hasta 1972).....	53
2.5. Teoría Situacionista.....	58
2.5.1. Reacción de Mischel ante las Teorías Rasgo-Estado.....	59
2.5.2. Implicaciones en el estudio de la ansiedad.....	60
2.5.3. Ansiedad vista como reacción al stress	61
2.6. Las teorías interactivas.....	64
2.6.1. Endler.....	67
2.6.2. Magnusson.....	70
2.6.3. Principal línea de investigación.....	72
2.6.4. Evolución de algunos autores.....	75

**C. BLOQUE III CONDUCTISMO CLASICO, ENFOQUE MOTIVACIONAL-  
EXPERIMENTAL Y NEOCONDUCTISMO.**

	<u>Página</u>
2.7. Conductismo clásico.....	77
2.7.1. Watson y Paulov.....	77
2.7.2. Skinner (1953).....	81
2.8. Enfoque Motivacional-Experimental.....	83
2.8.1. Antecedentes.....	83
2.8.2. Hull.....	86
2.8.3. Dollard y Miller.....	91
2.8.4. Spence y Taylor.....	93
2.8.5. Mowrer.....	95
2.8.6. Autores con orientación predominante- mente fisiológica.....	97
2.9. Neoconductismo.....	99
2.9.1. Teoría tridimensional o de los tres sistemas de respuesta.....	99
2.9.1.1. El problema de la desincronía o fraccionamiento de respuestas....	101
2.9.1.2. Implicaciones de la Teoría Tridi- mensional.....	105
2.9.2. Perspectiva del aprendizaje social....	108
2.9.3. Línea cognitivo- Conductual.....	110
2.9.3.1. Implicaciones del enfoque cogni- tivo.....	113



	<u>Página</u>
<b>3. EVALUACION DE LA ANSIEDAD.....</b>	<b>115</b>
3.1. Evaluación de la ansiedad por los distintos enfoques.....	116
3.2. Características de la evaluación mediante autoinforme.....	121
3.3. Características de la evaluación de la conducta motora.....	125
3.3.1. Medidas directas de la conducta motora	125
3.3.2. Medidas indirectas de la conducta motora.....	129
3.3.2.1. Limitaciones de los test de evitación conductual.....	130
3.4. Características de la evaluación fisiológica	131
3.4.1. Ventajas e inconvenientes de las medidas fisiológicas.....	132
3.4.2. Selección de la respuesta.....	133
3.5. Relación entre los distintos tipos de medida	135
<b>4. EVALUACION DE LA ANSIEDAD MEDIANTE AUTOINFORME....</b>	<b>139</b>
4.1. Dificultades de la medición a través de autoinforme.....	140
4.1.1. Deseabilidad social y aquiescencia....	142
4.1.2. Represión-Sensibilización.....	143
4.1.3. Evaluación de los tres componentes....	146

## VII

	<u>Página</u>
4.2. Revisión de escalas.....	149
4.2.1. Escalas de Rasgo y Estado.....	152
4.2.2. Inventarios S-R.....	193
4.2.3. Cuestionarios conductuales.....	213
4.2.3.1. Generales.....	215
4.2.3.2. Específicos.....	242
4.2.3.3. Situacionales.....	268
4.3. Conclusiones.....	286
4.3.1. Aportaciones de los enfoques interac- tivo y conductual.....	286
 5. LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD EN LA CLINICA EXPERIMENTAL.....	 288
5.1. De 1957 a 1967.....	291
5.2. De 1968 en adelante.....	296
5.3. Conclusiones.....	364
 <b><u>PORTE II. ELABORACION Y DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA: EL INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.)</u></b>	
6. PRIMERA VERSION DEL I.S.R.A.....	367
6.1. Objetivos perseguidos con la creación del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (I.S.R.A.).....	369

# VIII

	<u>Página</u>
6.2. Construcción y descripción de la primera versión del I.S.R.A.....	370
6.3. Instrucciones y forma de corrección.....	375
<b>7. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA PRIMERA VERSION DEL I.S.R.A.....</b>	<b>377</b>
7.1. Muestra y procedimiento.....	378
7.2. Análisis de datos.....	379
7.3. Presentación y comentario de los resultados.	382
7.4. Conclusiones: ventajas y problemas.....	386
<b>8. DE LA PRIMERA A LA SEGUNDA Y DEFINITIVA VERSION DEL I.S.R.A.....</b>	<b>388</b>
8.1. Análisis realizados.....	389
8.2. Resultados obtenidos.....	391
8.3. Versión segunda y definitiva del I.S.R.A....	403
<b>9. CARACTERISTICAS DEL I.S.R.A.....</b>	<b>411</b>
9.1. Muestras empleadas.....	413

	<u>Página</u>
9.2. Discriminación entre grupos.....	416
9.3. Consistencia interna.....	425
9.4. Fiabilidad.....	427
9.5. Análisis factorial de Respuestas.....	429
9.6. Análisis factorial de Situaciones.....	432
9.7. Validez.....	435
9.8. Baremación y Tipificación.....	438
9.9. Conclusiones: ventajas y problemas.....	440
<hr/>	
10. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA TEORIA TRI- DIMENSIONAL.....	442
 BIBLIOGRAFIA.....	 447
 ANEXO.....	 493



PARTE I

ASPECTOS TEORICOS Y EMPIRICOS DE LA ANSIEDAD Y SU EVALUACION



## 1. INTRODUCCION





### 1.1 EL CONCEPTO DE ANSIEDAD

Generalmente se considera a Freud como el introductor del término ansiedad en el ámbito de la Psicología en 1926 (Carrobbles y Díez Chamizo, 1981; Ansorena y cols., 1983). En 1936 se lleva a cabo la traducción al inglés (anxiety) del término alemán (angst) empleado por Freud, siendo a partir de este momento cuando comienza a aparecer, cada vez con mayor frecuencia, en la literatura psicológica.

Un primer problema que surge al hablar de ansiedad consiste en la gran ambigüedad del propio término, ya que existen otros muchos que con pequeñas variaciones o matices han sido utilizados de forma habitual como equivalentes para designar el mismo fenómeno. Entre los más usuales estarían: angustia, stress, amenaza, temor, miedo, tensión, frustración, neurosis experimental, arousal,... Esta gran confusión terminológica se encuentra ampliamente recogida en Lazarus (1966); Mandler (1972); Blackman (1972); Cattell (1973); Spielberger (1976, 1977); Mahoney y Wards (1976); Borkovec, Weerts y Bernstein (1977); Glover y Gary (1979); y entre nosotros en Bermudez (1977); Bermudez y Luna (1980); Carrobbles y Díez Chamizo (1981); Ansorena y cols. (1983).

Como puede apreciarse por el gran número de autores que han abordado este aspecto de confusión terminológica, la situación es cuanto menos preocupante. Si a esto añadimos un segundo problema referido a que cada uno de los términos señalados puede tener significados diferentes dependiendo de los distintos enfoques, escuelas, teorías y hasta autores, no cabe la menor duda de que podemos calificar la situación de caótica.

Una visión bastante acertada y realista de este estado de cosas queda reflejada en las palabras de Borkovec, Weerts y Bernstein (1977, pag.368), para quienes, "el resultado más evidente de cincuenta años de teorización e investigación

centrados en la ansiedad es el habernos dado cuenta de que la definición o concepción de la ansiedad como una "cosa" unitaria (ya sea un estado emocional, un rasgo psicológico o una causa subyacente que explica la conducta de un sujeto) es ineficaz e inapropiada. En lugar de esto, recientemente, los psicólogos científicos han empezado a ver la ansiedad como un término breve referido a un patrón de conducta, complejo y variable caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión, que van acompañados de, o asociados con, una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos) o externos (ambientales).

Actualmente, la ansiedad tiende a ser concebida de forma multidimensional, donde interactúan aspectos fisiológicos, cognitivos y motores. Una tentativa de definición en la que se engloban los distintos aspectos señalados sería: Se denomina ansiedad a la respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprehensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del S.N.A. y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, etc, que son percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes.

## **1.2 EVOLUCION DEL CONCEPTO DE ANSIEDAD**

Desde el punto de vista histórico, Mc. Reynolds (1975) señala que el concepto de ansiedad tiene su aparición en el periodo helenístico griego. En 1747 es ya utilizado como término técnico por un autor desconocido en su obra "Exploración sobre el origen de los apetitos y afectos humanos".

En 1844 aparece "El concepto de angustia" de Kierkegaard. La ansiedad sería aquí concebida como inherente a la confrontación de alternativas, a la realización de la libertad. De hecho, puede ser descrita como la autoconsciencia de la posibilidad de libertad. Su visión filosófica-existencialista ha influido posteriormente en psicólogos de orientación humanística como May y Rogers.

Finalmente, Freud publica en 1926 "Inhibición, síntoma y ansiedad", quedando así definitivamente incorporado el término a la Psicología.

A partir de los años 20 se desarrollan dos líneas teóricas divergentes. Por un lado, desde una concepción intrapsíquica, FREUD desarrolla un concepto de ansiedad basado en impulsos y vivencias internas al sujeto. La ansiedad sería así concebida como un proceso, fundamentalmente tensional, en el cual el aparato mental en su conjunto, o el ego en particular, está oprimido o amenazado por grandes cantidades de excitación no controlada.

Freud en una primera formulación de la ansiedad entiende esta como reflejo de la energía sexual reprimida, posteriormente lleva a cabo una segunda formulación en la que la ansiedad es entendida como una respuesta interna que sirve de señal que alerta al individuo de la inminencia de algún peligro.

Freud diferencia tres tipos de ansiedad:

- a. Ansiedad real: se basa en las relaciones del ego con el mundo exterior. El ego busca la gratificación instintiva, cuando su satisfacción le lleva al daño físico experimenta ansiedad en forma de miedo.

- b. Ansiedad neurótica: cuando el ego intenta satisfacer sus instintos pero las exigencias son tales que se siente amenazado, aparece la ansiedad neurótica.
- c. Ansiedad moral: cuando el ego intenta satisfacer las exigencias del superego pero no le es posible, experimenta ansiedad en forma de vergüenza.

En el conjunto de su obra, el término ansiedad ha sido utilizado como estímulo, como respuesta, como constructo y como fuerza motivacional global.

Por otro lado, WATSON Y EL CONDUCTISMO CLASICO parten de una concepción ambientalista, utilizando preferentemente los términos miedo y temor en lugar de ansiedad. Este miedo sería una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto. La ansiedad va a ser generalmente definida como un subtipo de miedo, entendido este como un impulso (drive) aprendido, es decir, como una disrupción en la homeostásis del organismo producida por una estimulación dolorosa. Este enfoque va a apoyarse en las teorías del aprendizaje.

Los componentes fisiológicos y conductuales se estudian unitariamente y se postula una relación causal entre ellos.

En la década de los 20 se realizan los primeros intentos de explicar la ansiedad como una respuesta condicionada. Watson y Rainer (1920) logran condicionar una respuesta de ansiedad en un niño demostrando que los miedos estaban específicamente relacionados con las historias individuales de aprendizaje, (caso del pequeño Albert) y Pavlov (1927) comienza a trabajar sobre la "neurosis experimental".

El estudio de la ansiedad pasa del diván al ámbito experimental, enriqueciéndose con las APORTACIONES DE LAS TEORIAS FISIOLÓGICAS, MOTIVACIONALES Y LOS NUEVOS HALLAZGOS EN EL CAMPO DEL APRENDIZAJE.

Hull (1921, 1943 y 1952) considera la ansiedad como un "drive" motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. Clark Hull desarrolla una de las primeras teorías del aprendizaje sistemáticamente delineada, influyendo decisivamente sobre autores como Mowrer, Dollard y Miller entre otros.

Mowrer (1939) establece que la ansiedad es una conducta aprendida por medio del condicionamiento clásico. Más adelante (1950, 1960) añade un segundo componente, el condicionamiento instrumental. La presencia de los componentes es necesaria en la conducta de evitación; el componente clásico respondía de la motivación de la evitación basándose en la contigüidad EC-EI, y el componente instrumental respondía del refuerzo de las respuestas motoras de evitación y se basaba en la reducción del impulso. De esta forma señala la existencia de dos procesos en el desarrollo y reducción de la ansiedad, conociéndose su teoría como Teoría bifactorial o de los dos procesos.

Con Dollard y Miller (1950) los fenómenos de ansiedad comienzan a ser tratados experimentalmente en el ámbito del laboratorio. La ansiedad es considerada como un poderoso "drive" secundario, aprendido y asociado con diversos fenómenos. Su origen, mantenimiento y evolución van a ser explicados basándose en los conceptos de conflicto, refuerzo y generalización.

Spence y Spence (1966) comprobaron experimentalmente que una respuesta condicionada sencilla es aprendida con mayor facilidad por aquellos sujetos que tienen un nivel de ansiedad

alto, mientras que aquellos con un nivel de ansiedad menor, encuentran mayor dificultad en aprender la tarea. En tareas de mayor complejidad esta relación se invierte.

Son muchos los autores que han estudiado la ansiedad siguiendo los principios del condicionamiento clásico o del instrumental. Entre los primeros se encuentran Liddell, Grant y Cook y entre los segundos Masserman, Cain, Maier y Wolpe, entre otros.

Este enfoque ha contribuido a un gran avance en el estudio de la ansiedad al considerarla como un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes (E) y consecuentes (R), así como de su frecuencia y duración. Ha ayudado a operativizar la variable ansiedad y relacionarla con otras variables; pero también es cierto que no ha prestado atención a los elementos cognitivos que intervienen en su adquisición, mantenimiento y extinción.

A partir de los años 60, con la introducción de variables cognitivas por parte del NEOCONDUCTISMO se modifica el concepto de ansiedad, deja de ser considerado como un aspecto exclusivamente periférico para darle una significación central, cognitiva.

En esta línea Paul (1969) define la ansiedad como "sentimientos subjetivos de aprensión o tensión acompañados por, o asociados con activación fisiológica que vienen producidos como respuestas a un estímulo interno (cognitivo) o externo (ambiental)".

También se modifica la concepción unitaria del concepto ansiedad. Actualmente, es cada vez más aceptada la idea de un triple sistema de respuesta de ansiedad, según el cual la ansiedad se manifiesta tanto a nivel conductual o motor como a

nivel cognitivo y fisiológico. Esta teoría, propuesta inicialmente por Lang (1968) es conocida como Teoría Tridimensional de la Ansiedad. Se basa en la escasa correlación encontrada entre los tres sistemas de respuesta (de sincronía o fraccionamiento de respuesta) y señala lo poco explicativo que resulta la utilización de un término genérico como ansiedad sin especificar a que se hace referencia. Esta concepción ha traído consigo el que se comience a estudiar la ansiedad como un fenómeno complejo, centrándose en sus tres componentes (cognitivo, fisiológico y motor) ligados a situaciones específicas y definidas.

Una perspectiva diferente en el estudio de la ansiedad es la derivada de la INVESTIGACION DE LA PERSONALIDAD. el concepto de ansiedad ha ido evolucionando, al igual que las teorías de la personalidad, desde un primer enfoque basado en los rasgos hasta las actuales teorías interactivas; pasando por las teorías ambientalistas o situacionistas.

- Las teorías de rasgos van a concebir el rasgo ansiedad como disposición interna, o tendencia a reaccionar de forma ansiosa, con una cierta independencia de la situación en que se encuentra el sujeto. Un autor destacado en esta línea sería Cattell (1961).
- Para los teóricos situacionistas, Mischel (1968), la aparición de respuestas de ansiedad dependería principalmente de las condiciones de la situación, más que de las características personales del sujeto. Como afirma Mischel (1979) la ansiedad es una experiencia subjetiva que tiene relación directa con la gravedad y la duración del peligro y stress externos.



- Las teorías interactivas explican la ansiedad en función de las condiciones de la situación, las características personales, y principalmente, de la interacción situación x persona. Endler y Magnusson (1976), y Bowers (1973), critican tanto el modelo de rasgos como el situacionista, señalando que las conductas ansiosas se explican más por la interacción de rasgo y situación que, por los dos considerados de forma aislada.

Una de las teorías sobre ansiedad que ha tenido más amplia difusión es la de rasgo-estado de Spielberger, que partiendo de una posición bastante cercana a las teorías de rasgo (Spielberger, 1966, 1966b, 1972, 1972b) se ha ido acercando progresivamente hacia posiciones más interactivas (Spielberger, 1977).

En su conjunto, el enfoque de las teorías de la personalidad ha sido el más prolífico en cuanto a la construcción de instrumentos de medida de ansiedad se refiere, especialmente cuestionarios.

Finalmente, queda señalar una serie de teorías, agrupadas bajo el nombre genérico de HUMANISTAS, que si bien tienen un mayor carácter filosófico que científico, no por ello han dejado de tener cierto impacto en el ámbito clínico.

La característica común a todas ellas es considerar la ansiedad como resultado de la percepción de un peligro por parte del organismo. Así, para, Golstein (1939), la ansiedad es como una reacción catastrófica; May (1950), la ansiedad es como una amenaza a la propia existencia; Rogers (1951), la ansiedad es como una amenaza al concepto de sí mismo "self"; Sullivan (1953), la ansiedad es la percepción de una evaluación negativa por parte de personas significativas en nuestras vidas; Basowitz, Persky, Korchin y Grinker (1955), la ansiedad es la experiencia consciente y relatable de miedo intenso junto con un

presentimiento, siendo esta una experiencia subjetiva y sin relación real con una amenaza externa; Epstein (1967), la ansiedad es como un estado de impulso emocional que ocurre tras la percepción de un peligro.

Estas escuelas han tenido muy escasa importancia en lo referente al desarrollo de instrumentos de medida.

A continuación nos centraremos en el estudio pormenorizado de cada uno de estos enfoques, desarrollando las teorías expuestas por cada uno de los autores.



2. DISTINTOS ENFOQUES TEORICOS

SOBRE LA ANSIEDAD



Los distintos enfoques teóricos que a continuación se exponen no son una serie de acercamientos inconexos entre sí al fenómeno de la ansiedad, sino que existen entre ellos múltiples lazos y puntos de contacto. Para una mayor comprensión de estos desarrollos teóricos, podemos agruparlos en tres grandes bloques en función de sus afinidades y puntos de vista compartidos.

#### 1<sup>er</sup> Bloque

- Teoría Freudiana.
- Teorías Neofreudianas.
- Teorías Humanistas.

#### 2<sup>o</sup> Bloque

- Teorías de la personalidad
  - . Teorías Rasgo-estado.
  - . Teorías Situacionistas.
  - . Teorías Interactivas.

#### 3<sup>er</sup> Bloque

- Teoría Conductista.
- Teorías Motivacionales-Experimentales.
- Teorías Neoconductistas.

Dentro de cada uno de estos bloques existe la aceptación de una serie de postulados básicos comunes, así como una metodología similar a la hora de estudiar la ansiedad. Además, excepto quizá el 1<sup>er</sup> Bloque, cada teoría se desarrolla a partir de la aceptación y/o revisión de los principios expuestos en lo anterior.



h

A) BLOQUE I

TEORIAS: FREUDIANA.  
NEOFREUDIANAS.  
HUMANISTAS.





## 2.1 TEORIAS FREUDIANAS

Freud desarrolla dos teorías sobre la ansiedad. La primera la formula hacia 1894. Sobre 1917 hace una revisión de ésta modificando algunos aspectos.

De las modificaciones a la concepción primitiva surge su 2ª. teoría, hacia 1925. Esta es también revisada y rectificada en 1932, incluyendo nuevas aportaciones y quedando así consolidada su teoría sobre la ansiedad.

### 2.1.1 PRIMERA TEORIA (1884)

Freud, en esta primera teoría, considera la angustia como derivada de una frustración sexual. A partir de la observación de pacientes en los que se daban síntomas de angustia, llegó a la conclusión de que se debía a una frustración del orgasmo.

"Desde un principio fue evidente para mí que la ansiedad de mis neuróticos tenía mucho que ver con la sexualidad, y en particular me llamó la atención cuán inevitablemente el coito interrumpido realizado con una mujer lleva a la neurosis de ansiedad". (1968, Vol III, pag. 665).

Según Mandolini, para Freud la represión que origina las neurosis trae consigo perturbaciones sexuales que a su vez producen angustia. De aquí se puede deducir que la neurosis es causa indirecta de la angustia.

Sin embargo, Freud no quedó satisfecho de su propia teoría, ya que no se cumplía en todos los casos y esto le llevó a seguir investigando.

### 2.1.2 MODIFICACIONES DE LA PRIMERA TEORIA DE LA ANSIEDAD.

En su primera teoría de la ansiedad, Freud sostiene dos cosas: se debe a una frustración sexual y, primero aparece la neurosis y luego la angustia.

Posteriormente, después de 1917, llegó a nuevas conclusiones que se sintetizan en los siguientes puntos:

- "La angustia, más que una sensación es un estado afectivo que se registra tanto en neuróticos como en sujetos normales, si bien en los primeros es más frecuente y suele alcanzar sus más altos niveles".

- "Existe una angustia real y una neurótica".

- "La angustia real es independiente de la neurótica. Es una reacción ante un peligro exterior, como una manifestación del instinto de conservación". (Mandolini, 1969).

### 2.1.3 SEGUNDA TEORIA (1925)

De las tres instancias que Freud reconoce en la persona: ello, yo, superyo, considera el yo como la verdadera sede de la ansiedad.

Freud en esta 2ª concepción considera la ansiedad como la reacción a una situación peligrosa en la cual el yo interviene eludiéndola o desarrollando mecanismos para evitar la situación.

Además, considera que es algo que se siente, con unas determinadas características fisiológicas, como son las sensaciones que afectan a los órganos respiratorios y al corazón.

También alude a otra particularidad: el factor histórico. La primera ansiedad que el ser humano experimenta en su vida es la del nacimiento. Esta ansiedad nace ante la primera idea de peligro: salir de la vida intrauterina, y se repetirá cada vez que surja una situación aversiva para el sujeto. Esta idea es introducida por Otto RANK.

Pero Freud sostiene que hay ansiedad que no tiene su origen en este momento del nacimiento: "Considera que detrás del conflicto del super-yo y ello se esconde la figura del padre que amenazó alguna vez al sujeto con la castración y este miedo a la castración es el entorno al cual cristaliza el miedo al super-yo" (Mandolini, 1969).

En resumen, la ansiedad presente está basada en la producida por el miedo a la castración, pero existen dos tipos de ansiedad preparatoria a ésta: el nacimiento y las primeras separaciones de la madre (considerada como peligro al ser la madre la fuente de satisfacción -del niño de pecho-).

Como final a esta segunda teoría, Freud distinguió entre tres tipos de ansiedad.

#### **2.1.3.1 Tipos de Ansiedad**

La diferenciación entre varias clases de ansiedad suge al encontrarse el yo (sede de la angustia) amenazado por tres peligros, que Fischer (1970) clasifica de la siguiente forma:

- de la frustración y ataque del mundo externo, fuente de la ansiedad Real.
- de las demandas instintivas del ello, de donde nace la ansiedad neurótica.

- y de las severas exigencias del super-yo, surgiendo como reacción la ansiedad moral.

**LA ANSIEDAD REAL** la define Freud como:

"Una reacción frente a la percepción de un peligro exterior, de un daño esperado, previsto; va unido al reflejo de la huida y es lícito ver en ella una manifestación de la pulsión de autoconservación" (Freud, 1976, Tomo XVI).

Las oportunidades en las que se presenta la ansiedad, dependen de nuestros conocimientos y poder respecto del mundo exterior. Así, en unas ocasiones será la ignorancia la que promueva la ansiedad, y en otras el mayor conocimiento sobre algo.

Freud tiende a afirmar que el desarrollo de la angustia, nunca es adecuado. Si descomponemos la situación de angustia, lo primero que encontramos es el "APRONTE" para el peligro, que se manifiesta exteriormente en un aumento de la atención sensorial y en una tensión motriz.

Este apronte no puede producir daño, sino ventajas ya que en él se originan la acción motriz y lo que sentimos como estado de angustia anteponiéndolo al término "desarrollo de angustia", que es inadecuado.

Distingue la ansiedad de miedo y terror. La primera se refiere al estado y prescinde del objeto, el miedo se dirige al objeto, el terror resalta el efecto de un peligro que no se recibe con apronte angustiado. Acaba diciendo que el hombre se protege del horror mediante la ansiedad.

Freud termina afirmando que la ansiedad real se debe a experiencias anteriores de desamparo. Cualquier situación de la vida posterior que trate de reducir el yo a un estado de desamparo infantil, producirá un signo de ansiedad.

LA ANSIEDAD NEUROTICA es otra forma de angustia que Freud descubre. Las personas que padecen este tipo de ansiedad, suelen tener una expectativa de desgracia, siempre preveen algo malo, cualquier hecho accidental, lo analizan como presagio de una desgracia. Estos síntomas a veces se presentan en personas no enfermas, pero suelen ser muy pesimistas o estar hiperangustiadas.

Una de las preguntas que nos podemos plantear es el origen de este tipo de ansiedad.

Según Freud, la angustia neurótica está muy relacionada con determinados procesos de la vida sexual del individuo: generalmente con la excitación que se produce cuando violentas excitaciones sexuales no son consumadas satisfactoriamente.

LA ANSIEDAD MORAL sería el último tipo de ansiedad que Freud señala en esta teoría. Es una reacción de amenaza hacia el super-yo. Uno de los papeles de éste, sería vigilar los actos y las interacciones del yo, juzgándolas y ejerciendo una función censora. La percepción que tiene el yo de esta vigilancia que se le impone produce las tensiones entre sus propias tendencias y las exigencias del super-yo, apareciendo la ansiedad moral.

Esto ocurre, por ejemplo en la melancolía: el miedo que surge en ella se debe al abandono que hace el yo de sí mismo, porque es perseguido por el super-yo (en vez de ser amado).

#### 2.1.4 ACLARACIONES Y RECTIFICACIONES DE LA SEGUNDA TEORIA

Freud en 1932 hace una serie de aclaraciones y rectificaciones a la teoría de la angustia formulada en 1925, entre las que se encuentran las siguientes:

a) Reafirma la concepción de que el nacimiento es la primera situación angustiosa, pero no es la única angustia "primitiva" pues creyó descubrir otras; "la segunda sería la que se produce cerca del nacimiento por inmadurez del yo, la tercera, el temor a perder el objeto amado, la cuarta el temor a la castración en la fase fálica y la quinta el miedo al super-yo en la época de latencia" (Mandolini, 1969).

b) Respecto al segundo tipo de angustia (angustia neurótica) hace un análisis más exhaustivo, al establecer que surge como algo inadecuado y que se observa en tres casos:

- Neurosis de angustia o ansiedad alucinatoria, se caracteriza por una aprehensión general del sujeto, lo que indispona a éste para enfrentarse a nuevas situaciones de la vida.

Generalmente, la gente que padece este tipo de ansiedad es muy pesimista y miedosa. (Fischer, 1970).

- Ansiedad fóbica o fobias en las cuales podemos reconocer todavía una relación con un peligro exterior, pero tenemos que considerar desmesuradamente exagerada la angustia ante el mismo. (Freud, Tomo II, pag. 917).

Algunas de estas fobias son adquiridas por el sujeto a lo largo de su vida, pero otras están presentes en la infancia, lo que hace pensar que pueden ser innatas. (Fischer, 1970).

- Histeria o ansiedad de pánico. Se caracteriza por reacciones muy intensas por parte de los sujetos que la padecen, pero siempre sin fundamento visible en un peligro exterior.

En esta reformulación, también aclaró sus conceptos sobre la causa de la angustia neurótica. Anteriormente creía que la causa de dicha angustia era la represión, sin embargo Freud cree que "la angustia es la que produce la represión y que una situa-

ción instintiva temida se refiere en el fondo a una situación de peligro exterior". (Freud, 1967, pag. 920).

Basándose en ésto se llega a la conclusión de que la angustia neurótica se ha transformado en angustia real.

c) También reafirmó que el Yo es la verdadera sede de la angustia, pero indicó que: la angustia real debe ser referida al mundo exterior; la neurótica al ello; y la angustia moral al super-yo. Esta última la incluyó dentro de la Ansiedad neurótica.

Finalmente, Freud advirtió sobre la insuficiente comprobación de todo lo hasta aquí expuesto sobre la angustia y sostenía que todo lo que él pensaba sobre la misma podía resumirse así.

"Recordareis nuestra anterior hipótesis según la cual, esta carga libidinosa es precisamente lo que la represión transformaba en angustia. Ahora ya no nos atrevemos a afirmarlo así y nos limitamos modestamente a suponer que sus destinos no son siempre los mismos. Probablemente existe una íntima correspondencia entre el proceso desarrollado en el yo y el que el impulso reprimido sufre en el ello, correspondencia que no ha de sernos difícil descubrir". (Freud, 1967, pag. 921).



## 2.2 TEORIAS NEOFREUDIANAS

Cuando se tuvo la oportunidad de comparar diversos tipos de culturas, la sociedad dejó de ser concebida en términos freudianos. Así pues, las teorías freudianas fueron alteradas, pero, a pesar de la divergencia entre los autores, se puede hablar de una teoría general neofreudiana.

Los neofreudianos aceptaban algunos puntos de vista de la teoría de Freud y rechazaban otros.

La principal diferencia entre freudianos y neofreudianos se encuentra en el grado de importancia que dan al ambiente en el desarrollo de la neurosis. Ambos reconocen la influencia de la herencia, pero mientras los neofreudianos encuentran el origen de la neurosis en el ambiente que rodea al niño, los freudianos ven el medio como un simple mecanismo de escape para los complejos, que son los provocadores de la neurosis. Los puntos compartidos entre ambos son:

1. La persona opera según el principio de la homeostasis.
2. La personalidad es explicada mediante las leyes de la causalidad.
3. Diferencia entre los procesos de la personalidad consciente e inconsciente.
4. Influencia paterna decisiva en el desarrollo de la personalidad.
5. Conflictos internos desencadenantes de la dinámica de la personalidad.
6. La motivación es captada mediante el punto de vista del experimentador.

Respecto a las diferencias entre ambos, aceptándose las variaciones existentes entre los autores, estarían:

- Rechazo de la teoría de la libido, y como consecuencia de ello, desinterés por el papel de la genética en el desarrollo de la persona (excepto Sullivan y Schultz) incidiendo en la gran importancia del ambiente.
- Se considera el inconsciente como elemento marginal, disminuyendo su valor, al igual que la sexualidad, al estudio de síntomas (excepto Fromm, French y Schutlz-Hencke) y símbolos.
- Al desechar la teoría de los mecanismos de defensa y la estructura que propone la teoría freudiana de las instancias, centran sus estudios en la investigación de la conducta, sobre todo en lo que concierne a las desadaptaciones del individuo y actividades fallidas.
- Concreción de conceptos estructurales como Yo, Ello y Super-Yo
- También se caracterizan en gran medida por sus escritos dirigidos más a la generalidad del público que a especialistas.

Entre los representantes más destacados de esta corriente están:

### 2.2.1 ALFRED ADLER

Fue el primer discípulo de Freud que le abandonó.

Comenzó a estudiar la ansiedad unida a las neurosis, coincidiendo con Freud en que las neurosis se deben a impulsos regresivos sumados a los sexuales, habiendo sido ambos reprimidos, Adler además dice que estos impulsos son los que desempeñan un papel fundamental en la génesis de las neurosis y de la angustia.

Para Adler la ansiedad es la descripción de un síntoma consciente, tal como una fobia. Aunque en ocasiones explica que se trataría de una forma de conducta protectora del individuo, es decir, la ansiedad camuflaría el miedo a que se demostrase su falta de valía, su inutilidad o el temor a la derrota.

Otro punto de vista sobre el concepto de ansiedad es considerarla como un aumento de los sentimientos de inferioridad y sus consecuencias. Según Adler, la inferioridad estaría dividida en dos:

1. Complejo (sentimiento) de inferioridad. El sentimiento es común a todos los individuos desde el momento en que estamos en situaciones que queremos mejorar. Ningún individuo puede soportar de forma permanente este complejo, por la tensión a que conlleva y que le exige otro tipo de acciones. Estimula al individuo a lograr un desarrollo futuro de éxitos.
2. Complejo (síntoma) de inferioridad. El individuo se explica a sí mismo como incapaz de solucionar un problema de una forma socialmente útil.

Es un estado que deprime y hace al individuo incapaz de desarrollarse. La explicación radicaría en una falta de interés social.

La ansiedad es un fenómeno que acompaña al individuo a lo largo de su vida. Nos encontramos con personas poco conectadas con la vida y sus semejantes, lo cual les impide establecer relaciones y llevar a cabo tareas fructuosas. El ansioso presenta, según Adler, una necesidad forzada de pensar en sí mismo más que en los demás e incluso se observa la tendencia marcada de pensar en el pasado, en la muerte o consolarse en la religión. El pasado en cuanto a una escapatoria de las obligaciones, y en la muerte por evitar todo deber importante. Para estas personas cualquier variación en las situaciones los llena de temor produciendo una inhibición del desarrollo de la personalidad y de la capacidad del individuo. (Adler, 1959).

### 2.2.2 HARALD SCHULTZ-HENCKE

Es uno de los representantes más importantes y de los pocos que han expresado sus ideas de una forma sistemática y acabada.

Se ha dedicado fundamentalmente a psicoterapia de la psicosis. Sobre esto último, la angustia como trastorno funcional es también, en parte, trastorno orgánico, afectando a las cápsulas suprarrenales y al diencéfalo.

En algunos aspectos se acerca a Freud: la oposición tendencia-inhibición puede identificarse a la oposición Ello-represión.

Considera que los sentimientos de angustia y culpabilidad son esenciales para la inhibición de tendencias expansivas. A su vez, también estos sentimientos pueden ser inhibidos, manteniéndose inconscientemente, después de haber existido por un cierto tiempo. Se mantienen activos y aparecen cuando la tendencia inhibida reaparece.

Este proceso se muestra de esta forma sólo al principio ya que la defensa vital se levanta contra esta angustia y culpabilidad, que se repiten continuamente y conduce a la represión de estas reacciones que terminan por morir definitivamente. (Wyss, 1975).

### 2.2.3 THOMAS FRENCH

Para French, la angustia, que también puede considerarse como una de las consecuencias de la frustración, es sólo uno más de los "mecanismos de huida y de absorción". Estos mecanismos son las formas que tiene el sujeto para acabar con la frustración.

Los mecanismos de absorción son, según Wyss (1975):

1. Proyección.
2. Actividad motora hecha con agrado pero no dirigida a un fin.
3. Fantasías, las cuales consiguen que se anule la presión interior originada por la frustración.
4. El sueño (que neutraliza ~~y~~ absorbe la presión fisiológicamente) y los sueños.
5. Desviación a través de estímulos del exterior para descargar la presión.

#### 2.2.4. SANDOR RADO

El papel de la angustia, sufre para Radó una evolución.

En una primera fase se cuestiona si realmente el Yo produce la angustia (como Freud afirmaba). Considera que la angustia y el temor (su antecedente) son una señal de alerta, y que la situación en sí de angustia es un avasallamiento del Yo por parte del masoquismo. Este masoquismo es el que impide que el enfermo pueda reaccionar y actuar de manera inteligente.

Más tarde, Radó, influido por las teorías de Cannon, concibe la angustia como el elemento más importante que aseguraba la supervivencia del individuo (función de emergencia), en este momento es una reliquia que perdurará para toda la vida.

Esta función de emergencia se considera el punto principal para descubrir el significado de la conducta.

Cuando se han tomado falsas medidas por parte de esta función de supervivencia, modificando así las funciones del Yo, surgen la neurosis y las conductas neuróticas fallidas. (Wyss, 1975).

#### 2.2.5 HARRY STACK SULLIVAN

Es el más empírico de los teóricos del psicoanálisis.

Para Sullivan la ansiedad surge y se manifiesta en desequilibrios en las relaciones interpersonales, aunque considera también las necesidades orgánicas como fuente de ansiedad.

Distingue 2 grados de ansiedad:

- Ansiedad suave: se da en todo el mundo.
- Ansiedad fuerte y repentina: se da en la infancia y en estados patológicos agudos.

El grado de ansiedad está en función de dos factores:

- La significación del otro que desaprueba nuestro modo de ser.
- La severidad con que expresa y comunica esa desaprobación.

En cuanto a la ansiedad suave, la gente en sus relaciones cotidianas con los otros modifica sus acciones y expresiones de acuerdo con su experiencia sobre como reaccionan los demás ante ellos. En los casos de ansiedad fuerte, los sujetos tienen dificultades para modificar sus acciones y en muchos casos no se pueden orientar.

Otro punto que trata Sullivan es el modo específico en que los gestos primitivos inducen a la ansiedad. El individuo se da cuenta de cómo es él mismo desde la perspectiva de los otros, y esto es lo que produce ansiedad. (Fischer, 1970).

La ansiedad es uno de los principios motivadores de la vida, puede ser productiva o destructiva. Varía en intensidad haciendo que el hombre se comporte de diversas maneras. Para



Sullivan, la individualidad de cada sujeto está dada por la forma particular que éste tiene para manejar su ansiedad, ya que ésta existe en todos los seres humanos. La primera experiencia que tiene el hombre es el encuentro con una madre ansiosa y preocupada, el niño absorbe estos sentimientos de ansiedad; como resultado de la ansiedad vivida por el niño, surge y se crea el Sistema de Self.

Sullivan entiende la ansiedad como forma de tensión y fuerte desequilibrio, que actúa como constructora de un Sistema de Self. La gente elabora sistemas y procesos que le permitan evitar esta experiencia, entre ellos el "auto-sistema", que controla nuestro centro de atención, discriminando aquellos aspectos que producen ansiedad.

La ansiedad según Sullivan no es adaptativa, desconecta temporalmente al sujeto de su ambiente y le deja indefenso. No aumenta la agudeza, el cuerpo no se prepara para la acción, sólo hay un intento de evadirse pero no de una situación ambiental o de un objeto, sino de sí mismo. (Fischer, 1970).

#### 2.2.6. KAREN HORNEY

En principio, Horney adopta el concepto adleriano según el cual el íntimo sentimiento de inferioridad e invalidez produce una ansiedad básica en el neonato, ansiedad y miedo que se mantienen a lo largo de toda la infancia, adoptando distintas manifestaciones.

Establece cuatro categorías de miedo:

1. Miedo a nosotros mismos.
2. Miedo de hacer algo indebido a los demás.
3. Miedo de que los demás nos hagan algo malo.
4. Miedo a acontecimientos impersonales.

El primer modo en que el miedo se manifiesta en la infancia es en forma de ANSIEDAD PURA, sin un objeto determinado.

El niño siente el miedo porque sabe que existe, pero pronto concentrará sus miedos en situaciones y objetos específicos, hasta poder ser entrecruzados en las cuatro categorías precedentes. (Mira y López, 1963).

Horney discrepó abiertamente en la orientación biológica de Freud, resaltando el valor que para el psicoanalista tiene la situación actual del paciente y la situación general de su vida.

Resalta la relación de la angustia con los factores fisiológicos. La angustia es una respuesta emotiva al peligro, al igual que el miedo, pero con unas diferencias:

- En la angustia el sujeto prescinde de que el peligro esté o no definido (incertidumbre).

- Lo que se ve amenazado por ese peligro es algo que pertenece a la esencia de la personalidad.

- La angustia se caracteriza por un sentimiento de desamparo frente al peligro, desamparo que puede ser causado por:

- a) factores externos
- b) factores internos al sujeto: Hostilidad, inhibición y tendencia contradictoria.

Horney reconoce la distinción entre angustia objetiva y angustia neurótica. El peligro de ambas se presenta muy real, pero en la segunda es desencadenado por factores subjetivos.

Finalmente, la angustia es el desamparo del sujeto frente al peligro. Horney considera que el desamparo está implícito en la angustia básica, y en los imperativos de los impulsos neuróticos. Se diferencian entonces dos tipos de angustia:

**ANGUSTIA BASICA.** Es una respuesta a un peligro potencial. Proviene del concepto de "self".

**ANGUSTIA MANIFIESTA.** Es la respuesta a un peligro manifiesto.

### 2.2.7. EDITH JACOBSON

En el desarrollo de su teoría la ansiedad se comprende como señal y como fenómeno adaptativo y de búsqueda de equilibrio. La ansiedad funciona:

- Como una señal que utiliza el yo para defenderse contra impulsos instintivos, para los cuales no está preparado.
- Como fenómeno adaptativo y de búsqueda de equilibrio que facilita el desarrollo de nuevas vías de descarga y nuevos modos de control del Yo.

El desarrollo de una temprana respuesta de ansiedad puede comprenderse como una función de la inhabilidad del ego para reestablecer modos de descarga previos.

Jacobson mantiene la posición de Freud por los puntos de vista económico y estructural, pero abandona la concepción ortodoxa psicoanalítica del aparato mental esforzándose por conseguir un mínimo estado de excitación. Propone la tesis de un "estado preferente" según el cual, la homeostasis comprende un equilibrio de tensión de nivel medio u óptimo. Aquí el placer comprenderá la preferencia del individuo por formas particulares de descarga de energía y no sólo por cuestiones de aumento o reducción de tensión. Pero ahora, teniendo en cuenta el principio de realidad (se refiere a la necesidad del Yo de mantener la homeostasis del organismo, su nivel óptimo de excitación, sin tener en cuenta que las vías de descarga preferentes estén o no al alcance), la necesidad de mantener la homeostasis tiene prioridad sobre las cuestiones de placer.

De acuerdo con esto, Jacobson argumenta que aunque todos los afectos se desarrollan en el Yo, y son expresados por él, no pueden ser definidos por sus cualidades tensionales, sino que hay que comprenderlos como relaciones del yo con el ello, el superyo y el mundo exterior.

Distingue los siguientes tipos de afectos:

- Afectos simples y complejos que aparecen en las tensiones intrasistémicas:

- a) aparecen directamente de tensiones en el ello.
- b) se desarrollan a partir de tensiones en el yo.

- Afectos simples y complejos inducidos por tensiones intersistémicas:

- a) inducidos por tensiones entre el yo y el ello.  
Aquí entraría la ansiedad.
- b) inducidos por tensiones entre el yo y el superyo.

Este modelo incluye afectos de placer, además no considera que los afectos aparezcan sólo en la regresión de energía psíquica, sino que corresponden a procesos dinámicos en el organismo.

En general, teniendo en cuenta las formulaciones del placer y el principio de realidad, podemos entender las concepciones de la ansiedad de Jacobson.

La ansiedad se desarrolla en el sistema del Yo y es entendida como un estado específico de displacer, inducido por tensiones intersistémicas. Además se considera como el motor de la represión.

En el caso de la ansiedad postinfantil funciona, además de como una señal para el yo, como un fenómeno de descarga. Cuando el yo está funcionando según el principio de realidad y necesita volver al nivel óptimo de excitación general, o "estado preferente", también surge la ansiedad.

La ansiedad puede aparecer como una salida auxiliar de la energía sexual, cuando acompaña descargas de energía por vías no preferidas al servicio de la homeostasis.

En cuanto a la función de la ansiedad como señal, Jacobson le atribuye un papel especial en la búsqueda del individuo de un ajuste con la gratificación. En este sentido la ansiedad avisa al yo que existe o es inminente un estado de peligro.

Estos peligros podrán ser de tres tipos:

1. El miedo del yo al ser oprimido por una cantidad de excitación controlada e indescargable.
2. El que utiliza el yo como señal de ansiedad cuando el nivel de excitación orgánica es demasiado bajo. Este peligro se experimenta como pasividad interna o como pérdida de contacto con la realidad exterior.
3. Ocurre cuando a una pauta de descarga de tensión no se le permite tomar su vía preferida. Aquí el individuo experimenta ansiedad por su incapacidad de conseguir placer. Esta situación se da cuando el Yo está en conflicto consigo mismo.

Las dos últimas concepciones de la señal de ansiedad son originales de Jacobson, quien así comprende la ansiedad primariamente como un fenómeno adaptativo que utiliza el Yo en su continuo desarrollo y diferenciación. La ansiedad además, a pesar de querer decir peligro para el yo, también ofrece la oportunidad para el desarrollo de nuevas vías de descarga más apropiadas, (como nuevos comportamientos). Para E. Jacobson, la ansiedad es un fenómeno estructural y económico al mismo tiempo. Es el afecto que emerge cuando hay problemas tensionales inter-sistémicos entre el yo y el ello, o cuando se fuerza al yo por medio del principio de realidad a descargar excesiva excitación por vías no preferidas. Es primordialmente una señal que utiliza el yo para mantenerse y adaptarse. Es un fenómeno de descarga que permite a esa tensión ser fácilmente libidinizada o fundida con otros afectos.

#### 2.2.8. ERICH FROMM

Fromm destaca la importancia de los factores sociales como factor desencadenante de la neurosis y de la ansiedad. La causa de la angustia es la separatividad del hombre y su soledad "la vivencia de la separatividad provoca angustia; es por cierto, la fuente de toda angustia" (Fromm, 1982, pag. 20). Por tanto, el hombre necesitará salir de esa soledad y escapar de ese sentimiento de culpa y vergüenza. Es conflicto lo resuelve mediante el trabajo y el amor constructivo. La falta de amor o el fracaso en él mismo significaría la locura, sería la causa de las neurosis y de toda ansiedad. El individuo entonces buscaría formas torcidas o neuróticas para eliminar la sensación de soledad.

Fromm a veces entiende la ansiedad como sinónimo de miedo. En el cap. 9 "la agresión benigna" de su libro "LA DESTRUCTIVIDAD HUMANA" dice que el miedo es un sentimiento que genera la tendencia de fuga y agresión. "Uno de los medios más eficaces para desembarazarse del temor y de la ansiedad es ponerse agresivo". Señala que el miedo pasivo y el retraimiento conducen al dolor, éste desaparece con el ataque defensivo; Fromm en éste capítulo habla de agresión benigna ya que no se trata de agresión como tal sino que consiste en una actitud defensiva (de fuga o agresión) ante una estimulación dolorosa que provoca en el sujeto una sensación de ansiedad o temor.

Fromm explica la ansiedad atendiendo a las pautas éticas y a determinadas condiciones sociológicas. La ansiedad para Fromm es una consecuencia directamente social. La sociedad actual ha sumergido al hombre en el aislamiento y por lo tanto lo ha tornado ansioso e impotente "el hombre moderno esta enajenado de sí mismo, de sus semejantes y de la naturaleza.... las relaciones humanas son esencialmente las de autómatas enajenados... al mismo tiempo que todos tratan de estar cerca de los demás como sea posible, todos permanecen tremendamente solos, invadidos por el profundo sentimiento de inseguridad, de angustia y de culpa que

surge siempre que es imposible superar la separatidad humana" (ARTE DE AMAR, pag. 86).

La angustia se forma en el conflicto originado en el individuo entre por una parte, de su necesidad de ser aceptado por la sociedad y por otra, de su necesidad de obtener individualidad. El individualismo se observa en todos los tipos de neurosis y en el individuo normal; sólo que las personas neuróticas desarrollan y exteriorizan más esa necesidad de libertad e independencia que las personas consideradas normales. Fromm nos dice en "MIEDO A LA LIBERTAD", pag. 174 "en las sociedades hay una discrepancia entre el propósito de asegurar el fluido funcionamiento de la sociedad y el de promover el desarrollo pleno del individuo..."



### 2.3 TEORIAS HUMANISTAS

A partir de la psicología clínica aplicada surgen una serie de corrientes teóricas, agrupadas con el nombre de Humanistas y Existencialistas.

Estas escuelas se caracterizan por una visión casi filosófica de la ansiedad, alejándose así de una perspectiva experimentalista que hace una explicación rigurosa de las variables influyentes en este fenómeno.

A continuación desarrollamos con algo más de profundidad el pensamiento de algunos de los autores más representativos, enmarcados en las escuelas Humanistas.

### 2.3.1 CARL ROGERS

Según Rogers (1967), desde un punto de vista fenomenológico la angustia es un estado de malestar o tensión cuya causa el sujeto no conoce.

Vista desde el exterior la angustia corresponde a una toma de conciencia latente, por parte del sujeto, del conflicto que existe entre su yo y la totalidad de su experiencia. Cuando esta toma de conciencia se hace manifiesta, la actuación de las defensas se hace cada vez más difícil. La angustia constituye la reacción del organismo a la "subcepción" de este estado de desacuerdo y al peligro de la toma de conciencia que exige una modificación de la estructura del yo.

### 2.3.2 ROLLO MAY

La cualidad distintiva de la ansiedad humana surge del hecho de que el hombre es el animal que valora, el ser que interpreta su vida y su mundo en términos de símbolos y significados e identifica ésto con su existencia.

May (1950) define la ansiedad como la aprehensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo juzga esencial para su existencia como un yo, por ejemplo una amenaza a la vida física o a la psicología.

La amenaza que en forma más evidente produce ansiedad es la muerte pues a no ser que tengan creencias en la inmortalidad, la muerte representa el fin de nuestra existencia como un yo. Pero, a pesar de ello, hay algunos que prefieren morir antes que tener que renunciar a algún otro valor, como la privación de libertad.

Nietzsche, Yaspus y otros existencialistas señalaron que la vida física en sí no es por completo satisfactoria y significativa, si no se puede elegir conscientemente otro valor que sea máspreciado que la vida.

Pero ¿cuál es el origen de estos valores que al ser amenazados producen ansiedad?. La maduración del individuo implica una continua transformación de los valores primitivos identificados con la existencia, la amenaza de ellos causa ansiedad. La persona en maduración desarrolla continuamente capacidades nuevas a partir de las viejas, valores bajo una forma nueva. Cuanto más neurótica es la ansiedad de un individuo, es decir, cuando trata de satisfacer año tras año los mismos valores, más se estanca en niveles tempranos. Sin embargo, cuanto más sana es una persona, en menor proporción pueden comprenderse sus valores de adulto como una suma de sus necesidades e instintos previos.

May (1960) señala que lo importante para comprender la ansiedad, es que el hombre, interpreta sus experiencias en términos de símbolos, y sostiene esos símbolos como valores. Por eso, la comprensión de la ansiedad no se puede separar nunca de los símbolos éticos que forman parte del ambiente habitual de los seres humanos. Los valores y la ansiedad están condicionados por el hecho de vivir en una cultura determinada y en un momento particular del desarrollo histórico de esa cultura.

Luego, puesto que la ansiedad es la reacción ante una amenaza a los valores con los que uno identifica su existencia, nadie podrá escapar a la ansiedad, puesto que ningún valor es inexpugnable; además, los valores siempre están en proceso de cambio y renovación.

Diferencia entre ansiedad neurótica y ansiedad normal. La ansiedad normal es la ansiedad proporcionada a la amenaza que puede enfrentarse de una forma constructiva a nivel consciente. La ansiedad neurótica es una reacción desproporcionada a la magnitud de la amenaza; además, implica una represión y otras formas de conflicto psíquico. La ansiedad neurótica, se desarrolla cuando una persona es incapaz de enfrentar la ansiedad normal en el momento de la crisis real de su crecimiento y de amenaza a sus valores; por lo tanto, la ansiedad neurótica es el resultado final de la dificultad previa para enfrentarse a la ansiedad normal.

La ansiedad normal, se hace más evidente en las etapas de individuación que ocurren en cada estadio de desarrollo. El crecimiento, y con él la ansiedad normal, consiste en el abandono de la seguridad inmediata con vistas a otros objetivos más amplios; en este caso, la muerte sería el paso final.

May habla de tres implicaciones terapéuticas:

1. El objetivo de la terapia no es liberar al paciente de la ansiedad; es más bien, ayudarlo a liberarse de la ansiedad neurótica,

para que así se pueda enfrentar a la ansiedad normal más constructivamente.

2. Hay graves interrogantes acerca del uso de drogas para aliviar la ansiedad. El efecto perjudicial del uso generalizado de estas drogas es claro, pues el eliminar la ansiedad es eliminar la oportunidad para el crecimiento, es decir, la posibilidad de transformación de los valores.
3. Implica que hay una relación inversa entre la estabilidad del sistema de valores individuales y la ansiedad. Esto es, cuanto más firmes y flexibles sean los valores, mayor será la capacidad para enfrentar constructivamente la ansiedad. Pero cuanto más agobiado se esté por la ansiedad, más disminuirá la fuerza de los valores.

Así, una parte muy importante de su proceso terapéutico es, en definitiva, que el paciente logre valores firmes. Los valores maduros son aquellos que trascienden temporalmente la situación inmediata, y abarcan el pasado y el futuro.

### 2.3.3 GOLDSTEIN

La teoría de Goldstein (1939) parte de que la existencia humana es siempre una coexistencia y una autoactualización.

Al desarrollar su visión sobre las emociones, diferencia entre miedo y ansiedad. La principal diferencia sería que la emoción no incluye estrictamente hablando a la ansiedad; es decir, la ansiedad no es una emoción, sino es una experiencia inherente de catástrofe; la ansiedad tiene algo de futuro que la diferencia del miedo.

Goldstein sintetiza los elementos más importantes de su concepción en tres puntos:

1. Considera que la ansiedad puede emerger sólo en un contexto de relación: organismo-ambiente. Hay, en definitiva, objetos relativamente involucrados, y no es una cuestión meramente intrapsíquica-dinámica.
2. El ambiente que confronta el organismo es una experiencia como inadaptación del proyecto del organismo sobre su autorrealización.
3. En este estado de experiencia, el organismo evalúa impropriamente ciertos aspectos sobre el ambiente.

La conclusión a la que llega, es que ansiedad es un momento en el proceso por el cual, organismo y mundo, son transformados continuamente.

#### 2.3.4 EPSTEIN

Al tratar el concepto de ansiedad, Epstein lo relaciona con distintos términos: Arousal, miedo, frustración y expectancia, dando lugar a una compleja teoría con un fuerte sustento fisiológico. A continuación desarrollamos los aspectos más importantes de su teoría y las relaciones entre ellos.

Arousal: Epstein (1967) lo define, como nivel de excitación de un individuo que abarca desde el sueño relajado hasta una excitación emocional. El concepto arousal asume que los organismos son sistemas de energía que deben soportar todos los niveles de estimulación a los que éstos sean expuestos.

Miedo y Ansiedad: Epstein realiza una revisión de las diferentes definiciones que se han hecho de miedo y ansiedad. A partir de los distintos argumentos, Epstein concluye que: "la distinción más común hecha entre miedo y ansiedad es que el miedo (en él) la fuente de amenaza es conocida y la de ansiedad es desconocida. Si en realidad, los estados sentidos son diferentes, nosotros creemos que sería mejor usar una palabra y señalar si el objeto es conocido o desconocido, cuando sea de interés. Uno podría entonces hablar de miedo a un objeto particular o de miedo de una fuente desconocida. Nosotros sospechamos que, si son estados diferentes, la mayoría de la gente podría distinguirlos, y la distinción no depende exclusivamente de si el objeto es conocido o desconocido". (Epstein, 1972).

Para Epstein, la ansiedad puede ser definida como una situación de miedo (definido como motivo de evitación) sin resolver, o como un estado de arousal no dirigido a la percepción de amenaza. Como él dice, tiene mucho que ver esto con la distinción hecha por May y Lazarus entre miedo y ansiedad; sin embargo, la diferencia es que Epstein no limita la ansiedad a situaciones en las cuales la fuente de amenaza es desconocida.

La ansiedad la ve como un estado en el cual un individuo experimenta un arousal difuso, pero es incapaz de dirigirlo hacia una acción determinada, debido a una serie de razones como represión, fracaso en la discriminación, período de espera entre la percepción de la amenaza y una posible reacción, indecisión, conflicto entre oposición de respuestas y represiones externas.

La ansiedad permanece hasta que el arousal difuso es canalizado en algún estado motivacional dirigido, como la huida. Bajo otras circunstancias, la misma amenaza, podría provocar una reacción de ira que sería resuelta en forma de ataque.

Las tres condiciones básicas para que haya ansiedad son: sobreestimulación primaria, incongruencia y respuesta inútil.

La primera condición, se refiere a los efectos que producen los componentes energéticos de estimulación; esta condición está asociada con los sentimientos furiosos producidos por el agobio y bombardeo de estímulos, dando el sujeto respuestas como "para, no puedo más"; se corresponde también con sentimiento de dolor.

La incongruencia cognitiva es una condición que bajo circunstancias apropiadas es suficiente para producir altos niveles de excitación y desorganización. Está muy relacionada con la respuesta inútil y los estados subjetivos a su vez relacionados directamente con esta condición son: confusión, desorganización, desorientación y desintegración de la personalidad.

La respuesta inútil es usada en un amplio sentido, para cubrir todas las condiciones en las cuales las tendencias de respuesta al arousal no pueden ser expresadas.

Relación entre Arousal y Ansiedad: estas tres condiciones de ansiedad están relacionadas con cinco parámetros que determinan el nivel de arousal. Epstein los enumera de la siguiente manera: 1) Intensidad de estimulación. 2) Índice de estimulación. 3) Expectancia. 4) Oportuni-



dad para descarga motora. 5) Estado precedente excitatorio del organismo.

Entre estos cinco parámetros y las tres condiciones básicas, el autor señala una relación de coincidencia considerable, destacando que:

- La sobreestimación primaria es determinada por el índice e intensidad de estimulación y el estado precedente del organismo.
- La incongruencia cognitiva envuelve una inhabilidad para establecer un modelo cognitivo adecuado de sucesos.
- La respuesta útil y la oportunidad para la descarga motora son casi dos formas de decir la misma cosa. La única diferencia es que el primero es un término más estricto y la respuesta motora difusa puede ocurrir en un modo reflexivo biológico bajo condiciones de intenso arousal.

De aquí concluimos que las tres condiciones básicas para producir ansiedad son derivadas de los parámetros de arousal.

Expectancia: para Epstein, la expectancia es un parámetro básico del arousal; y la violación de expectancias es una condición suficiente, pero no necesaria para producir un incremento en arousal, y esto se aplica a que pequeños incrementos en arousal producen respuestas de orientación, y grandes incrementos se asocian con la ansiedad.

De esta manera, queda relacionada la expectancia con el arousal y la ansiedad.

Frustración: incluimos este término, porque el autor considera que hay una relación evidente entre frustración y ansiedad.

La frustración tiene un especial significado, porque se hace relevante en las conductas mal adaptadas y en el stress. La esencia de la frustración es un bloqueo de un estado motivacional dirigido, producién-

dose un elevado arousal difuso. Las consecuencias observadas son inquietud y tensión, agresión, apatía, abandono, conducta sustitutiva, fijación, conducta desorganizada, regresión, escape y el uso de mecanismos de defensa que niegan o distorsionan representaciones de la situación. Estos síntomas pueden ser agrupados bajo cuatro títulos:

- Manifestaciones directas del estado difuso y elevado de arousal (inquietud y tensión).
- Déficit conductual y cognitivo producido por el arousal difuso (fijación, desorganización y regresión deficitaria).
- Canalización del arousal en alguna forma de actividad directa que no esté bloqueada (agresión, escape y conducta sustitutiva).
- Intento de reducir el arousal por evasión, negación o distorsión de la situación (apatía, abandono y el uso de mecanismos de defensa).

Aparentemente, el arousal no dirigido producido por el bloqueo de algún estado motivacional está perturbando y tiende a producir síntomas y a resolverlos por alguna forma de actividad directa o estado motivacional, como agresión o escape.



16

BLOQUE II : TEORIAS DE PERSONALIDAD

- RASGO-ESTADO
- SITUACIONISTA
- INTERACTIVA



#### 2.4 TEORIAS RASGO-ESTADO

Las teorías de rasgo-estado son aquellas que enfocan la ansiedad desde una perspectiva de la personalidad, la consideran bien como un rasgo de personalidad (tendencia individual a reaccionar ansiosamente), o como un estado (estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo).

El enfoque que intenta relacionar la ansiedad con otras variables de personalidad es el psicométrico-factorial. Se caracteriza por su preocupación psicométrica, basándose en las técnicas de análisis factorial y en la teoría de los rasgos de personalidad. Los autores principales dentro de este enfoque son: Cattell, iniciador del mismo, y Spielberger, que recoge sus trabajos y continúa los estudios creando un modelo propio.

#### 2.4.1 CATTELL

Cattell tiene una producción muy extensa. El núcleo de su posición se sitúa en torno a los resultados del análisis factorial, cuyas variables él considera más importantes para explicar los fenómenos humanos. Desde este enfoque factorial, recoge los trabajos realizados por Spearman y desarrollados posteriormente por Thurstone. También presta atención a los investigadores que no emplean este método, y en algunas de sus ideas teóricas podemos vincularle a las formulaciones de Freud y otros psicoanalistas posteriores.

Cattell es el primero que intenta desde un enfoque psicométrico-factorial medir e identificar el constructo ansiedad. Según él, la incapacidad de la ansiedad para la resistencia es lo que hace que se la asocien frecuentemente otras variables como falta de seguridad, irritabilidad, tendencia al conformismo, baja autoestima y culpabilidad.

En sus estudios factoriales de 1957, la ansiedad corresponde a un factor de segundo orden, cómo se manifiesta en los neuróticos y en los sujetos normales cuando son sometidos a situaciones amenazadoras o ambiguas. Encuentra concomitancias entre este factor y los aumentos en la actividad de ciertos procesos autonómicos.

Los factores de esfuerzo-stress, arousal o excitación generalizada y miedo asociado a la evitación, son factores afines al de ansiedad en el sistema de Cattell.

Cattell define la ansiedad de dos formas distintas: bien como la repercusión afectiva de la incertidumbre respecto al refuerzo o bien como algo específicamente asociado al motivo (erg) de miedo resultante de la anticipación de la privación de cualquier motivo.

En su obra "El significado y medida de neuroticismo y ansiedad" (Cattell y Scheier, 1961), destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad: ansiedad trasgo y ansiedad estado.

El rasgo ansiedad es la disposición interna o la tendencia temperamental que tiene un individuo a reaccionar de una forma ansiosa, independientemente de la situación en que se encuentre. La ansiedad como rasgo se basa en las diferencias individuales, relativamente estables, entre las personas.

En oposición al estado de ansiedad, el rasgo consistiría en la persistencia, a lo largo del tiempo, de ese estado, llegando a convertirse en un factor más de la personalidad del sujeto.

El estado ansiedad es una condición o un estado emocional transitorio que fluctúa en el tiempo.

En la ansiedad como estado se dan cambios fisiológicos: alta presión del pulso sistólico, aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, descenso del pH de la saliva, etc. Estos cambios, según Cattell, distinguen el estado de ansiedad de otros patrones de respuesta asociados al esfuerzo, miedo, etc.

Los dos factores rasgo y estado no son incompatibles. De esta forma, un sujeto puede tener como rasgo característico el nivel de ansiedad, y este nivel fluctuar como un estado en base a las influencias situacionales y orgánicas.

El concepto fundamental, no obstante, en la teoría de Cattell, es el rasgo. Así piensa en la personalidad como una estructura compleja y diferenciada de rasgos.

Dentro de su teoría sobre la personalidad, coincide con Allport en su distinción entre rasgos comunes, presentes en todos los individuos que comparten unas experiencias sociales; y rasgos singulares, que corresponden únicamente a un individuo particular.

Cobra importancia otra discriminación entre rasgos superficiales, representantes de grupos de variables manifiestas o abiertas que operan en conjunto; y rasgos fundamentales, representando variables subyacen-



tes que intervienen en la determinación de múltiples manifestaciones superficiales. Los rasgos fundamentales sólo se pueden identificar mediante el análisis factorial.

Según la modalidad de su expresión, los rasgos pueden dividirse en:

- Dinámicos, se refieren a la movilización del individuo hacia el logro de algún objetivo.
- De aptitud, se refieren a la efectividad de ese logro del objetivo.
- De temperamento, que atañen a los aspectos constitucionales de la respuesta, como velocidad, energía, reactividad emocional. La ansiedad está comprendida en estos rasgos de temperamento.

Debido a la importancia manifiesta del rasgo en Cattell, podríamos esperar que definiera la ansiedad en términos de rasgo de personalidad únicamente. Como se puede observar, esto no es así. Hace una asociación también con los procesos motivacionales, pone énfasis en los constructos de este tipo, que él llama "rasgos dinámicos". Según Cattell, la ansiedad es una suspensión de la expresión del comportamiento que se combina paradójicamente con un incremento de la disposición dinámica (Cattell y Kline, 1982).

#### **2.4.2 SPIELBERGER: HACIA UNA TEORIA DE LA ANSIEDAD RASGO-ESTADO**

##### **(1ª. parte: hasta 1972)**

Parte de que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operativamente entre ansiedad como estado transitorio y como rasgo de personalidad relativamente estable.

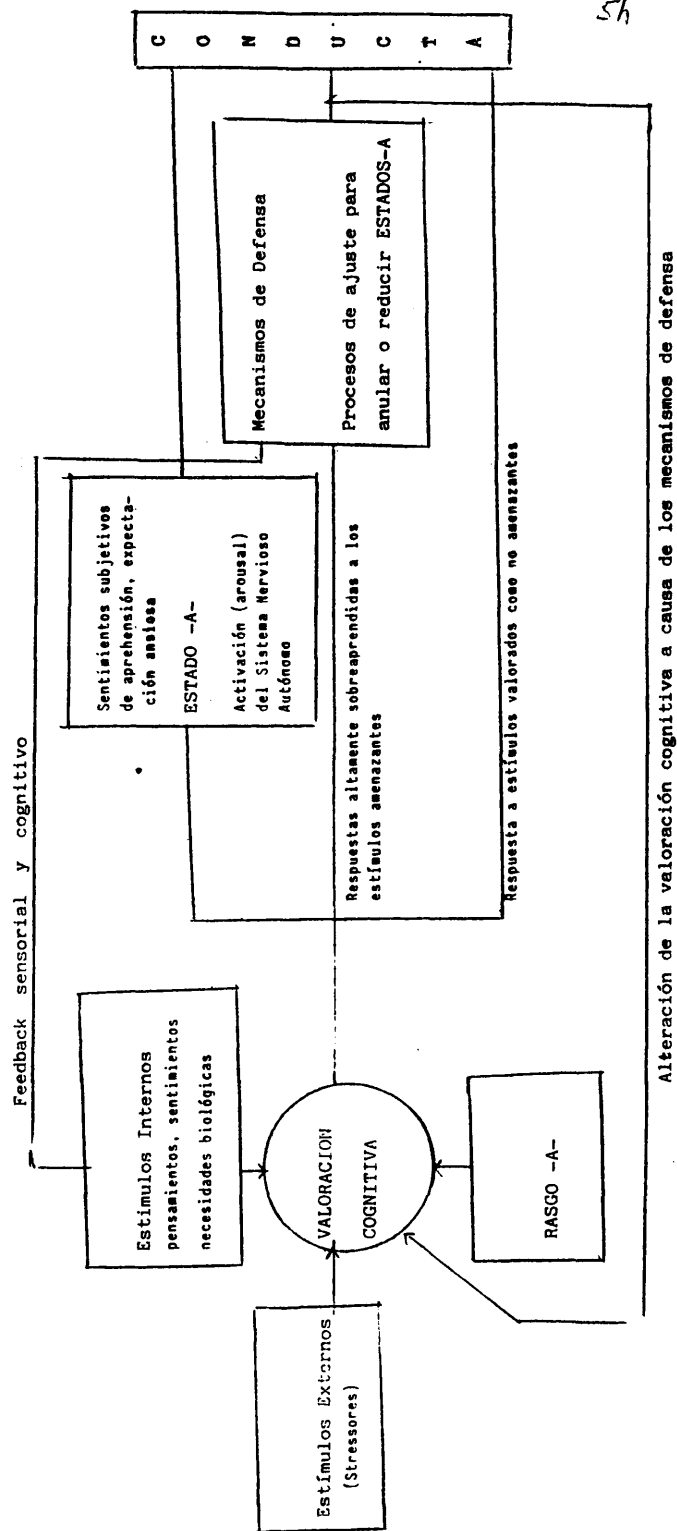
Además, esta teoría debe diferenciar entre estados de ansiedad, estímulos condicionados que provocan esos estados, y defensas para evitarlos o aliviarlos (Spielberger, 1966a).

El estado de ansiedad puede ser conceptualizado como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Esta condición se caracteriza por ser subjetiva, por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una activación del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1966b). El nivel de un estado de ansiedad debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes, independientemente del peligro objetivo. La intensidad de un estado de ansiedad sería baja en situaciones no stresantes, o en circunstancias en que aún existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante.

Ansiedad como rasgo se refiere a las relativamente estables diferencias individuales en cuanto a la propensión a la ansiedad, esto es, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes, y la tendencia a responder ante tales amenazas con reacciones de estados de ansiedad. El rasgo de ansiedad puede ser considerado como reflejo de las diferencias individuales en la frecuencia y en la intensidad con que los estados de ansiedad se han manifestado en el pasado, y en la probabilidad con que tales estados serán experimentados en el futuro. Las personas con un marcado rasgo de ansiedad tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes, y a responder a estas situaciones amenazantes con estados de ansiedad de gran intensidad.

GRAFICO - I -

ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO DE LA TEORIA DE ANSIEDAD DE SPIELBERGER



(Tomado, adaptado y traducido de  
Spielberger, 1966, pag. 17)

El diagrama esquemático de la teoría rasgo-estado de la ansiedad de Spielberger ofrece un análisis de corte transversal de este fenómeno (Ver Gráfico 1).

La teoría asume que la activación del estado de ansiedad envuelve una secuencia de sucesos temporales ordenados. Este proceso es iniciado por estímulos externos o internos que son percibidos como peligrosos o amenazantes por un individuo.

Por otra parte, circunstancias o situaciones en las cuales la cualidad personal es evaluada, probablemente serán percibidas como amenazantes por individuos con alto rasgo de ansiedad.

Pero además, la apreciación de un estímulo particular o de una situación como amenazante se haya influenciada por la aptitud personal, así como por las habilidades y experiencias pasadas del sujeto.

Una vez que una situación estimular es apreciada como amenazante, una reacción de estado puede ser evocada, y la intensidad de esta reacción será proporcional al miedo que la situación posee para el individuo. La duración de la reacción de estado dependerá de la persistencia en la evocación del estímulo y de la experiencia previa individual en el modo de proceder en circunstancias similares. Incluso, una persona puede responder a situaciones de amenaza con un proceso de defensa encaminado a reducir la intensidad de reacción del estado.

Los altos niveles de intensidad de estado son experimentados como desagradables y pueden ser los iniciadores de un proceso cognoscitivo o motor con el fin de reducirlos.

Hay dos importantes clases de situaciones stressantes que parecen tener diferentes implicaciones para la evocación del estado en personas que difieren en rasgo:

- Individuos con alto rasgo parecen interpretar circunstancias en las que sus cualidades personales son evaluadas, más temerosamente que aquellos individuos con bajo rasgo.

- Situaciones caracterizadas por un peligro físico, no son interpretadas diferencialmente como temerosas por sujetos de alto o bajo rasgo, con una excepción, si la suficiencia personal está a su vez amenazada, el sujeto de alto rasgo percibirá esta situación como amenazante.

Los principios de la teoría rasgo-estado de Spielberger se pueden resumir de la siguiente manera:

- Las situaciones que sean valoradas por el individuo como amenazantes, evocarán un estado de ansiedad. A través de los mecanismos de feedback sensorial y cognitivo los niveles altos de estado de ansiedad serán experimentados como displacenteros.

- La intensidad de la reacción de un estado de ansiedad será proporcional a la cantidad de amenaza que esta situación posee para el individuo.

- La duración de un estado de ansiedad dependerá de la persistencia del individuo en la interpretación de la situación como amenazante.

- Los individuos altos en cuanto a rasgo de ansiedad percibirán las situaciones o circunstancias que conlleven fracasos o amenazas para su autoestima, como más amenazante que las personas con bajo nivel en rasgo de ansiedad.

- Las elevaciones en estados de ansiedad pueden ser expresadas directamente en conducta, o pueden servir para iniciar defensas psicológicas que en el pasado fueron efectivas en la reducción de ansiedad.

- Las situaciones stressantes ocurridas frecuentemente, pueden causar en el individuo un desarrollo de respuestas específicas o mecanismos de defensa psicológicas dirigidos a reducir o minimizar los estados de ansiedad.

Pero los estudios sobre ansiedad de Spielberger no terminan con este enfoque. Es un autor que evoluciona con el tiempo, renovando su teoría, como veremos posteriormente, y evolucionando hacia posiciones más interactivas.

## 2.5 TEORIA SITUACIONISTA

Este enfoque se centra en el estudio de la conducta en sí misma, y no en la conducta como expresión de una estructura o estado interno del individuo. Aquí el término personalidad va a ser raramente utilizado, y cuando se utiliza se refiere a la organización del repertorio de conductas propio de un individuo.

La conducta es principalmente aprendida y su desarrollo y mantenimiento se explican por las distintas modalidades de aprendizaje, entre las más importantes estarían el Condicionamiento Clásico de Pavlov, el Operante o Instrumental de Skinner y el Vicario de Bandura.

Propone el estudio de las variables ambientales o de la situación como determinantes de la conducta, frente a las teorías de rasgos en las que estos determinantes serían internos al sujeto. Su principal crítica al modelo de rasgos se refiere a la escasa estabilidad y consistencia que muestran los constructos internos a la hora de predecir una conducta concreta, siendo esta mucho más explicable y predecible centrándose en las condiciones antecedentes y consecuentes que tienen lugar en la situación en que lleva a cabo la conducta.

Este enfoque no niega la existencia de estados y factores internos, como frecuentemente se ha afirmado, sino que considera que a la hora de explicar la conducta es mejor huir de constructos hipotéticos y establecer relaciones objetivas entre los estímulos de una situación y las respuestas que el sujeto emite.

A lo largo de la vida de un individuo una serie de conductas serán más reforzadas que otras, lo que dará lugar a la aparición de un estilo propio de comportamiento o repertorio de conductas. Este repertorio propio proporcionará que distintos sujetos reaccionen de forma diferente ante las mismas situaciones.

En conclusión, el enfoque situacionista sostiene que:

- Las condiciones y características del contexto en que tiene lugar la conducta determinan su desarrollo y mantenimiento.
- Las formas mediante las cuales las condiciones del medio controlan la conducta se explican por las leyes y principios del aprendizaje.
- A partir de las experiencias del sujeto se conforma un repertorio propio de conducta que da cuenta de las distintas maneras de reaccionar de los sujetos.

#### 2.5.1 REACCION DE MISCHEL ANTE LAS TEORIAS RASGO-ESTADO

La principal preocupación de las teorías de los rasgos y estados fue la creación de instrumentos fiables que se pudiesen aplicar a la situación estandar; pensando que con ello se lograba detectar el núcleo fundamental de la persona y desde aquí posibilitar la predicción de la conducta. No se tienen en cuenta por tanto las variables ambientales como elementos que influyen en la conducta. Este punto es el más discordante con la teoría de Mischel.

Este autor en "Personalidad y Evaluación" (1968), comienza preguntándose por la consistencia de los estados predisposicionales de cada individuo y por la utilidad de éstos para explicar la conducta, preguntándose también por el valor de las teorías de rasgo-estado, respecto a su utilidad en la predicción y modificación conductual. En este libro revisa la evidencia empírica sobre si las personas se comportan consistentemente en las distintas situaciones y sobre la capacidad de predicción de las inferencias respecto a los rasgos y estados.

La mayor parte de los estudios y teorías de la personalidad se han basado en la existencia de unas normas generalizadas



en la conducta que perduran con el tiempo; sin embargo para Miguel esto no ocurre así. A pesar de que existen algunas normas estables de conducta, no hay una generalidad para todas; por tanto la conducta será estable cuando las relaciones refuerzo/respuesta y estímulos discriminativos/estímulos evocadores, perduren en el tiempo.

Esta misma conducta cambiará cuando las condiciones que la mantienen cambien. Luego, la conducta estará en gran medida determinada por variables situacionales.

- Allport, a pesar de sus aportaciones a la teoría de rasgo critica alguno de los métodos estadísticos y algunas técnicas de investigación cuantitativa, alegando a su vez la insuficiencia predictiva de la teoría rasguista.

— Una tendencia de los estudios recientes consiste en describir más que las disposiciones; los "ambientes" o "variables ecológicas" (Barker, 1968).

Otros investigadores han procurado examinar cuidadosamente algunos de los caracteres específicos de diversos ambientes sociales, y analizar sistemáticamente la naturaleza de las situaciones (Moss e Insel, 1974; Ittelson y otros 1974; Price, 1974).

No se han demostrado las consistencias de la conducta muy generalizada, a excepción de la inteligencia y es insostenible el concepto de los rasgos de la personalidad como predisposiciones amplias de respuesta.

## **2.5.2 IMPLICACIONES EN EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD**

El cambio del objeto de estudio ha supuesto en el campo de la ansiedad varias aportaciones:

- La aparición de respuestas de ansiedad dependería básicamente de las condiciones de la situación, más que de las características personales del sujeto.

- La mayor parte de los estudios de predicción han estado dirigidos desde la teoría de rasgos y estados, de ahí que el objeto de preocupación haya sido únicamente los estructuras duraderas generalizadas de la personalidad, a partir de las cuales podemos predecir; y no los cambios en las condiciones de los estímulos que sería la innovación propuesta por Mischel.

En concreto sobre la predicción de conductas ansiosas para Mischel habría que tener en cuenta, no tanto la estructura del individuo sino la historia de la conducta y las condiciones particulares en las que se produce la conducta de ansiedad.

- En cuanto a la medida de la ansiedad y los demás aspectos de la personalidad, Mischel, por un lado habla de las limitaciones de los métodos utilizados por las teorías rasgo-estado, aunque estas limitaciones no son el único punto negativo de esos métodos; pues existen las inferencias empíricamente injustificadas, base de su crítica.

### **2.5.3 ANSIEDAD VISTA COMO REACCION AL STRESS**

Según ciertas teorías pertenecientes a la psicología y a la medicina, el stress es considerado como aquella fuerza ejercida sobre una estructura o sistema que si crece más allá de una determinada intensidad conducirá a una deformación de la estructura o sistema. Según Mischel podemos dar una definición de stress como aquel término empleado para clasificar una serie de hechos potencialmente desagradables como el dolor inevitable, fatiga, ruido excesivo de las grandes concentraciones urbanas o el trabajo agotador, que pueden llevar a graves peligros traumáticos. Cuanto más intenso es el stress más perturbadora será la reacción ante él. Mischel pone ejemplos referentes a situaciones de guerra en las

que el insomnio, temblores, nerviosismo, ... aparecen con más frecuencia en los soldados de vanguardia que participan en el combate activo que en los que se encuentran en un lugar más seguro.

Podemos decir que la ansiedad es una experiencia subjetiva que tiene relación directa con la gravedad y la duración del peligro y stress externos.

El sujeto puede llegar a conocer la situación de stress que se viene encima de él y es aquí cuando un proceso llamado "inculcación emocional", que consiste en una autodesensibilización defensiva u otras formas de preparación que sirven para suavizar la perturbación emocional del trauma, finalmente ocurre. Pero no debemos olvidar la influencia de las experiencias pasadas, sin las cuales el sujeto no se ve a sí mismo en la posible situación de peligro, como si ya la hubiera experimentado anteriormente.

En un experimento realizado por Elliot en 1966 se comprobó que las reacciones de ansiedad eran mayores en aquellos grupos que desconocían la situación de peligro o posible stress que se les avecinaba. Mostraron un promedio mayor de frecuencia cardiaca que los grupos que tenían una experiencia previa y que se preparaban para esa experiencia.

En general las personas prefieren conocer el posible resultado futuro aversivo y se esforzarán por conseguir ese conocimiento. Se está menos tenso y excitado si saben lo que les espera. También, en general se prefieren los resultados aversivos inmediatos a aquellos que tardan un tiempo desconocido en aparecer. El hombre tiende a estar menos perturbado si se cree capaz de predecir, afrontar y controlar los acontecimientos aversivos.

De todo esto, concluimos que el carácter de las reacciones de ansiedad depende en parte de las alternativas con que cuenta el individuo para resolver el stress. La mayoría de la gente reacciona en forma distinta ante las situaciones productoras de

tensión que piensan poder controlar que ante aquellas que consideran fuera de su control.

Para Selye el más importante teórico del stress en medicina, el stress es una especie de abstracción que es operativamente útil, pero que no puede tener una existencia actual. En otros momentos lo identifica como una condición del organismo medida en términos de las reacciones y en otras ocasiones habla del stress como algo suscitado por un factor "stressante".

Para Aiken (1961) decir que el sujeto está stressado es decir que está sometido a estímulos que evocan ansiedad.

Como resumen de las teorías citadas anteriormente podemos decir que el stress es una respuesta no específica y generalizada que se desencadena a nivel bioquímico ante diferentes situaciones estimulares o estímulos aislados que alteran o perturban la homeostasis del organismo. Se puede hablar de un síndrome general de adaptación que consta de tres fases diferenciadas: alarma, resistencia y agotamiento.

El sujeto en su respuesta al stress se encuentra con unos factores condicionantes internos y externos. Entre los primeros se encuentran las opciones preferenciales genéticas de desarrollo, sexo, edad, ... Entre los segundos las opciones en nutrición, alteraciones funcionales del sistema hormonal, ... Todos ellos modifican la respuesta, pero no introducen en ella variaciones cualitativas.

En general los conceptos teóricos stress y ansiedad son idénticos aunque los investigadores que han trabajado en el primero insisten en los aspectos fisiológicos y consideran la ansiedad como mero sentimiento subjetivo asociado al distress junto con otros como la intranquilidad y la agresividad.

## 2.6 LAS TEORIAS INTERACTIVAS

Tras las duras críticas realizadas por Mischel a las teorías rasgo-estado, en el año 1968; negando que la conducta está determinada exclusivamente por determinantes internos; y los posteriores excesos del enfoque situacionista convirtiendo a los estímulos ambientales en los principales y prácticamente únicos determinantes del comportamiento; aparecen las teorías interaccionistas. Algunos teóricos como Bowers (1972, 1973); Endler, (1973) y Mischel, (1973); proponen que el método adecuado para estudiar la personalidad debe ocuparse de como las cualidades del individuo y de la situación influyen entre sí; o sea su "interacción".

Las teorías interactivas surgen como respuesta tanto al modelo de rasgos como al modelo situacionista. Son sus iniciadores Endler, Magnusson y Bowers, para quienes las conductas ansiosas se deben explicar por la interacción de rasgo y situación y no considerándolos por separado.

Las teorías interactivas explican la ansiedad en función de las condiciones de la situación, las características personales y sobre todo, de la interacción situación x persona. Ningún factor personal, ni ninguna situación, determinan la conducta de forma aislada, sino que está determinada por la interacción inseparable entre persona y situación.

En el estudio interactivo de los fenómenos de ansiedad el supuesto básico del que se parte es el siguiente: "Cualquier manifestación puntual (estado) de ansiedad es consecuencia de la interacción entre cierta predisposición (rasgo) existente en el individuo y características de la situación, en que tiene lugar la conducta" (Bermúdez, 1983, p.1004). Es decir, que toda reacción de ansiedad dependerá de la interacción entre el rasgo de ansiedad del sujeto y de las características stressantes de la situación.

Endler y Magnusson (1974, 1976) señalan los elementos básicos de esta interacción persona x situación. Son los siguientes:

- La conducta actual es función del proceso continuo de interacción entre el individuo y la situación en que éste se encuentra.
- El individuo es un agente activo e intencional en sus procesos de interacción.
- Respecto a la persona, los factores cognitivos y motivacionales son los principales determinantes de la conducta.
- Respecto a la situación, el significado psicológico que esta tiene para el individuo es el factor determinante más importante.

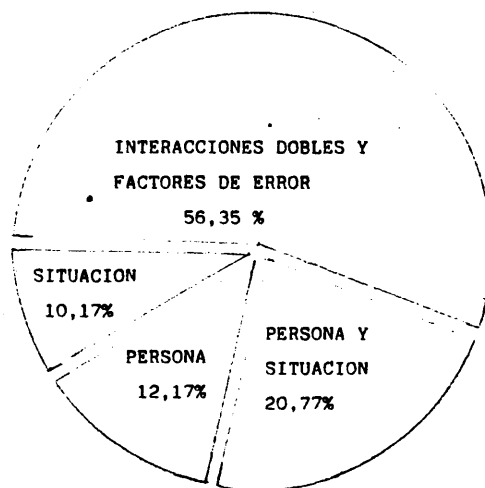
La situación influye en la conducta del individuo dependiendo de la forma en que este la perciba, es decir, dependiendo de la información que esta situación proporciona y de la forma que el individuo la interprete. Así, las diferencias individuales en comportamiento se deberán a la conjunción de dos tipos de información, la procedente de la persona y la procedente de la situación.

En cuanto a la controversia de si el comportamiento está más determinado por los aspectos personales o por los situacionales, podemos decir que cuanto más clara y definida sea la situación, mayor fuerza tendrá en la determinación del comportamiento individual, pasando las características personales a un segundo plano; mientras que a medida que la situación se convierte en más ambigua y menos precisa, la relación expuesta se invierte, siendo las características personales las que más explicarían el comportamiento del sujeto.

Feshbach y Weiner en 1982 muestran el porcentaje de comportamiento que puede ser explicado por las características de la situación, la persona y la interacción entre ambas. (Ver gráfico II)

GRAFICO II

INFLUENCIA DE LOS DISTINTOS FACTORES SOBRE EL COMPORTAMIENTO



### 2.6.1 ENDLER

En 1975 Endler y Okada examinaron las limitaciones de muchas medidas ómnibus de tendencia a la ansiedad (ansiedad-rasgo), y ante la dicotomía entre "persona" (rasgos y variables disposicionales) y la "situación" (estado, variables situacionales) planteada, concretamente, en las investigaciones de Lázarus y en la teoría de Spielberger (en un primer momento de su investigación), estos autores interaccionistas se preguntan si es válida.

Endler y Hunt han tratado de dar respuesta a este interrogante basándose en una revisión hecha por Bowers (1972), en la que las interacciones entre la persona y la situación explican mayor parte de la varianza, que la persona o situación individualmente consideradas. De este modo proponen su modelo interactivo de la ansiedad "persona-situación". Endler define el enfoque interactivo como la investigación científica de las complejas interacciones entre las personas y situaciones en la determinación de la conducta.

Endler insiste en la necesidad de especificar la interacción entre los rasgos personales que definen la ansiedad y las situaciones específicas en que tal ansiedad se manifiesta en orden a predecir y modificar determinada conducta. Con anterioridad. Endler, Hunt y Rosenstein (1962) habían construido el S-R IA (Inventario de Ansiedad Estímulo-Respuesta), cuestionario que pretende medir el rasgo -multidimensional- ansiedad integrado por tres componentes:

1. El componente situacional, que a su vez es evaluado en tres categorías generales de situación:



- a). situación de amenaza interpersonal
- b). situación de peligro físico.
- c). situación ambigua o novedosa.

2. El componente de respuesta, también es evaluado a través de tres modalidades:

- a). temor, impedimento y evitación
- b). optimismo, alegría y acercamiento.
- c). reacciones autonómicas.

3. El componente individual que viene dado por:

la intensidad con que cada respuesta es experimentada subjetivamente por el sujeto (dentro de una escala de cinco puntos).

Como afirman sus autores, una de las contribuciones más claras de este test es su intento por mostrar la intervención de los factores situacionales en las respuestas de ansiedad; con esta finalidad sus autores construyeron este inventario multidimensional que "separa los componentes estimulares y los de respuesta, con objeto de determinar finalmente el peso relativo de la situación, la modalidad de respuesta, el sujeto e, incluso, las diferentes interacciones entre los mismos; en la ansiedad registrada" (Carrobbles y Díez Chamizo, 1981, p. 443). Debemos señalar, que esta prueba se elaboró (1962) dentro de la teoría del rasgo, con idea de lograr una evaluación más precisa de éste, al considerar la intervención de las situaciones. Sin embargo, años después, con la aparición del enfoque interactivo, la prueba cobra fuerza como precursora de este enfoque, siendo a partir de entonces utilizada para especificar la interacción entre los rasgos personales que definen la ansiedad y las situaciones específicas en que tal ansiedad se manifiesta. Un estudio más detallado de la prueba puede verse en el punto 4.4.2 de la presente obra.

Como conclusión podemos establecer que, tanto las investigaciones de Endler y Hunt, como otras posteriores, han demostrado que, la interacción de la persona con la situación, ante una situación ansiógena, explica mayor parte de la varianza total que la situación en sí o las diferencias individuales.

### 2.6.2 MAGNUSSON

Magnusson a la hora de desarrollar su teoría interactiva de la ansiedad, va a hacer referencia a autores como Wagg, Spielberger y O'Hearn.

\* Al estudiar (1979) la relación entre rasgo-estado, hace comentarios básicos sobre dichos conceptos; la relación conceptual entre rasgo y estado de la ansiedad propuesta por Magnusson está de acuerdo con la definición que da Spielberger (1972) de "estado" de ansiedad: Es un estado emocional o condición caracterizada por sensaciones subjetivas de tensión, aprensión y activación inusual del sistema nervioso autónomo.

En cuanto al rasgo de ansiedad se podría definir como: La tendencia individual a responder con ansiedad al percibir una situación como peligrosa.

Esta distinción rasgo-estado ha contribuido notoriamente a los resultados, tanto empíricos como teóricos, en el campo de la interacción; esclarece la discusión sobre el papel que juega, por un lado el rasgo de ansiedad, y por otro, el estado de ansiedad, en el individuo.

Una de las ventajas del modelo interactivo es la aportación de éste a otras áreas de la personalidad, como sugirió Spielberger (1980).

Magnusson estima que la relación existente entre rasgo y estado es que el rasgo de un individuo condiciona, de cierta forma, la reacción de estado en esa situación. Sin embargo Spielberger cree que este condicionamiento está limitado al tipo de situación de peligro de que se trate y que la situación está, a su vez, limitada a las situaciones en las que el individuo se ve inmerso.

Magnusson cree que la explicación de Spielberger es demasiado restringida. Por tanto, para Magnusson la mejor forma de entender el rasgo de ansiedad es verlo como una suma de las reacciones de los estados de ansiedad, ante las situaciones más relevantes. Esta estimación puede ser entendida desde dos puntos de vista:

O bien, por la medida de un número relevante de situaciones en las que el sujeto se ve inmerso.

O bien, pidiendo al individuo que estime sus propias reacciones de ansiedad.

Para una mayor explicación de la ansiedad Magnusson señala que necesitamos un reconocimiento sistemático a cerca del trabajo de los elementos situacionales percibidos como factores psicológicos operantes en situaciones importantes y un modelo de trabajo conjunto de los factores personales y situacionales (Magnusson, 1980a, 1980b)

### 2.6.3 PRINCIPAL LINEA DE INVESTIGACION

#### - Modelo interactivo multidimensional de Endler (1975)

Agranda y enriquece las aportaciones de la teoría Rasgo-Estado de Spilberger (1966, 1972 a, b), en cuanto salva las limitaciones de dicha teoría y abre nuevas vías de investigación.

Aportaciones: 1º) considerar el rasgo como multidimensional.

2º) la hipótesis de congruencia o diferencial.

#### 1º) Multidimensionalidad del rasgo:

A partir de los trabajos de Endler, Hunt & Rosenstein (1962) se utilizaron los inventarios tipo S-R, en donde ya se tiene en cuenta el tipo de situación para evaluar la ansiedad. El S-R aporta una medida multidimensional.

La investigación en este área se ha basado en la identificación y análisis de situaciones que propician la aparición de diferencias individuales en el rasgo de ansiedad. Lo que se intenta es saber si las diferencias interindividuales en rasgo se presentan con independencia o no de la situación, o si ésta sólo influye en la reacción puntual.

Posteriormente las investigaciones han probado la existencia de tres áreas situacionales ligadas a las diferencias individuales en rasgo de ansiedad. Estas situaciones se dividen en: interpersonales, con peligro físico y ambiguas o novedosas (Endler, Hunt & Rosenstein, 1962; Endler y Okada, 1975; Endler, Magnusson, Ekehammar & Okada, 1976; Endler y Magnusson, 1976 b,c). Más adelante se añadió otra situación llamada de "evaluación social" por Endler, 1978; Flood & Endler, 1980. Esto pone de manifiesto que no todos los individuos tienen la misma tendencia a presentar reacciones de ansiedad ante las distintas situaciones. Es decir, habrá personas con mayor propensión a desarrollar ansiedad

ante situaciones de "amenaza física" y otras presentarán mayor ansiedad ante situaciones que considere novedosas.

Estos resultados comprueban la concepción multidimensional del rasgo de ansiedad. Falta saber cuantas dimensiones de rasgo se pueden identificar.

#### 2ª) La hipótesis de congruencia o diferencial:

Permite predecir la naturaleza y dirección de la interacción entre rasgos (personalidad) y factores situacionales y examinar sus efectos conjuntos sobre la conducta, (Endler, 1977).

La hipótesis de congruencia o diferencial afirma que "para que la interacción rasgo x situación stressante sea efectiva en la inducción de estado de ansiedad, es esencial que la medida de rasgo de ansiedad sea congruente con la situación amenazante"(Endler, 1978, pag. 343).

Bermúdez (1983, p.1008) matiza la explicación de esta hipótesis indicando que, "cabe predecir que el rasgo de ansiedad interpersonal interaccionará con situaciones interpersonales que impliquen amenaza, en la producción de cambios en estado de ansiedad; pero no interaccionará con situaciones que no sean congruentes con dicha faceta de rasgo de ansiedad; esto es, con situaciones que impliquen ambigüedad, peligro físico o evaluación social. Predicciones paralelas pueden hacerse a partir de las otras facetas de rasgo de ansiedad".

Entre las investigaciones para verificar esta hipótesis podemos señalar las de: Hoy & Endler (1969), Endler & Okada (1975), Endler & Magnusson (1977), Flood & Endler (1980), Endler, Okada & Flood (1975), Endler et al. (1983).

Gracias a las dos aportaciones del Modelo Interactivo Multidimensional quedan claros algunos interrogantes que no solucio-

naba la teoría Rasgo-Estado de Spielberger. El hecho de que los datos obtenidos por ambas teorías se contradijesen se debe a que la medida empleada fue distinta en cada caso. En la teoría Rasgo-Estado se utilizó el STAI y/o la MAS, ambos unidimensionales, midiendo Endler el rasgo de ansiedad con el S-R Inventory of Anxiousness, que al ser de medida multidimensional abarca las tres facetas del rasgo de ansiedad.

#### 2.6.4 EVOLUCION DE ALGUNOS AUTORES

Siempre es difícil clasificar a los distintos autores dentro o fuera de una teoría o línea científica. Pero aún es más difícil cuando se trata de autores contemporáneos.

Dado que en los últimos 20 años se han sucedido una serie de grandes cambios y enfoques en el estudio de la personalidad, nos encontramos con que algunos autores que en un principio se encontraban en una línea determinada, hoy se encuentran en otra.

Al mismo tiempo que han ido evolucionando las teorías de ansiedad, algunos autores han ido variando su punto de vista, como Mischel que partiendo de una teoría situacionista (1968), llega a las teorías interactivas, Mischel (1973).

Otro autor a señalar dentro de este aspecto es Spielberger, que partiendo de una posición centrada en las teorías de rasgo (Spielberger, 1966a, 1966b, 1972a, 1972b), se ha ido acercando progresivamente hacia posiciones más interactivas. Prueba de ello son sus publicaciones a partir de 1972: valga como ejemplo su artículo "State-Trait anxiety and interactional psychology" (1977), en el que clarifica su posición actual.





**C) B L O Q U E**

**I I I:**

- CONDUCTISMO CLASICO
- ENFOQUE MOTIVACIONAL-EXPERIMENTAL
- NEOCONDUCTISMO.



## 2.7 CONDUCTISMO CLASICO

### 2.7.1 WATSON Y PAVLOV

J.B. Watson combinó en un sólo sistema el pragmatismo de James, el funcionalismo de Dewey, los métodos experimentales que en el campo de la psicología animal había impuesto Yerkes, pero sobre todo, las teorías del condicionamiento de Pavlov, cuya aportación teórica constituye la base de todas las teorías del aprendizaje, y aporta la base teórica y empírica al conductismo.

Pavlov (1927,1964) que no utiliza el término ansiedad, señala sin embargo que la sobreestimulación es capaz de dañar la corteza cerebral, y constituye de hecho uno de los procedimientos para suscitar neurosis experimentales, en las que es razonable suponer la existencia de ansiedad. Cuando el exceso de estimulación se aproxima al límite de tolerancia del individuo, entra en acción la inhibición transmarginal que protege su corteza, a costa, eso sí, de reacciones patológicas que alteran profundamente su conducta. Otros procesos como la dificultad de discriminación perceptiva pueden concurrir también en la provocación de estados afectivos que cabría denominar ansiedad. Pero quizá la aportación más importante de Pavlov consistió en abrir el camino para el condicionamiento de las respuestas emocionales.

El fisiólogo ruso contribuyó con un valioso aporte en lo referente a la tipología del sistema nervioso y al estudio de las neurosis. Ambos problemas fueron abordados por él en una conexión tan estrecha que es difícil separarlos con el propósito de hacer una exposición sistemática.

Neurosis, es para Pavlov, una desviación crónica, que puede durar semanas, meses y hasta años, de la actividad nerviosa superior; se manifiesta principalmente en el sistema de reflejos condicionados positivos y negativos a toda clase de estímulos posibles.

En sus trabajos con animales comprobó que era originada por determinadas circunstancias: en primer lugar, estímulos demasiado fuertes o demasiado complejos; en segundo lugar, la sobrecarga del proceso de inhibición; en tercer lugar el choque -la sucesión inmediata- de los dos procesos opuestos; en cuarto lugar, la castración.

Le sirvieron de punto de partida, las observaciones sobre la llamada "neurosis experimental". La extraordinaria tensión del sistema nervioso de los perros durante el experimento llevó, en una serie de casos a la perturbación funcional.

Las diferencias reveladas por distintos animales en este sentido, sirvieron de base para la clasificación de los tipos de sistema nervioso. Las analogías entre las alteraciones producidas en el laboratorio y algunos síntomas neuróticos observados en clínica, sirvieron de punto de partida para el análisis fisiológico de las neurosis.

Al producir neurosis experimental en los perros, se pudo establecer ante todo, que esto no siempre se logra con la misma facilidad. En algunos perros, una pequeña sobrecarga del sistema nervioso provocaba ya la neurosis. En otros, esto exigía un gran trabajo. Finalmente, se encontró perros en los que al principio ninguno de los métodos empleados podía provocar el desarrollo de la neurosis. Sólo más tarde se supo cómo provocarlas en ellos, planteándoles problemas de una gran dificultad o debilitando su sistema nervioso -por ejemplo, mediante la castración-.

Una segunda serie de hechos consistía en que el cuadro de la neurosis era diferente en los distintos perros.

El descubrimiento de Watson, junto con la investigación de Pavlov (1927, fecha a partir de la cual pudo ser conocido por el resto de Europa y América, ya que antes no existía traducción de su obra), sobre neurosis experimental, en perros, sirvió como im-

pulso inicial para enfocar el fenómeno de la ansiedad desde un punto de vista científico.

Watson propone una psicología basada y caracterizada por:

1. Estár basada en hechos observables de los organismos, - hombres y animales-, al adaptarse a su medio ambiente, utilizando las posibilidades heredadas y el conjunto de hábitos adquiridos.
2. Estudiar los estímulos que actúan sobre los organismos evocando las distintas respuestas.

La psicología de Watson busca la objetividad, trata de ser una rama experimental de las ciencias naturales que necesite tan poca introspección como la física o la química. Estudia al hombre observando su conducta abierta: cómo actúan los músculos, las glándulas, los tejidos, etc..

Watson considera que los determinantes de la conducta innata son muy reducidos y apenas importantes en comparación con la enorme cantidad de posibles respuestas. La actividad es una respuesta compleja de una serie de reflejos a estimulaciones sensoriales.

La experiencia del condicionamiento del miedo en el pequeño Alberto de Watson y Rayner en 1920 y la extinción subsiguiente es uno de los precedentes más notables de los posteriores trabajos de Mowrer (1939), Miller (1951) y otros sobre el miedo como respuesta condicionada al dolor. Si un organismo es expuesto a una estimulación dolorosa, en una situación en la que están presentes otros estímulos neutrales, éstos adquieren por condicionamiento la capacidad de suscitar por sí mismos una respuesta de temor motivadora de una conducta de escape o evitación de la situación nociva. Mientras la estimulación dolorosa motiva la huida, después de haber padecido tal daño real y efectivo, los estímulos ansióge-

nos interponen entre el individuo y la situación nociva un espacio y un tiempo que actúan como barreras protectoras. Sin embargo, si los estímulos ansiógenos se distancian demasiado de la situación que los originó se automatiza funcionalmente, pudiendo pasar desapercibidos para el sujeto, entonces la respuesta de ansiedad pierde su condición de señal adaptativa y se transforma en una respuesta patológica.

En resumen, Watson y el conductismo clásico parten de una concepción ambientalista, utilizando preferentemente los términos miedo y temor en lugar de ansiedad.

### 2.7.2 SKINNER (1953)

Para Skinner la disposición emocional llamada ansiedad es originada por estímulos aversivos condicionados. Un estímulo que regularmente antecede al dolor genera ansiedad.

Cuando el estímulo aversivo condicionado está ausente, la tasa de respuestas reforzadas es elevada y la tasa de respuestas con una historia de evitación es baja.

Un estímulo aversivo condicionado cambia la probabilidad de muchas respuestas. Al cambio producido por un estímulo aversivo condicionado le llamamos estado de ansiedad.

La presentación del estímulo aversivo condicionado origina un estado de ansiedad que se demuestra, por una disminución en la conducta que tiene una historia de evitación.

Un estímulo que de manera característica, precede a un reforzador negativo intenso tiene varios efectos. Evoca una conducta que ha sido condicionada por la reducción de amenazas similares y también provoca respuestas emocionales. La ansiedad interfiere la conducta normal del individuo y puede que incluso impida la evitación de la conducta que, de otro modo sería eficaz para abordar las circunstancias.

Puesto que el condicionamiento puede tener lugar como resultado de una sola asociación de estímulos, un hecho aversivo puede conducir a un estado de ansiedad.

Aunque el estado emocional de la ansiedad puede distinguirse del efecto aversivo condicionado responsable de la conducta de evitación, es posible, que la emoción sea también aversiva. Las respuestas de evitación pueden interpretarse, en parte, como una aversión de los componentes emocionales de la ansiedad.



Cuando hablamos de los efectos de la ansiedad, damos por sentado que el estado en sí es una causa, pero en lo que aquí nos concierne, el término se refiere simplemente a conducta. Indica un conjunto de predisposiciones emocionales atribuidas a una conducta especial.

El comportamiento no cambia porque se sienta ansioso sino por las contingencias aversivas que generan la condición sentida como ansiedad. El cambio en los sentimientos y el cambio en el comportamiento tienen una causa común.

## **2.8 ENFOQUE MOTIVACIONAL-EXPERIMENTAL**

A partir de los años 30 aparecen los trabajos de una serie de autores que estudian la ansiedad utilizando el método experimental, basándose en las aportaciones de las teorías de la emoción y la motivación e integrando los nuevos hallazgos de las teorías del aprendizaje.

Los estudios anteriores en el campo de la emoción (James, 1884, 1890; Lange, 1885; Cannon, 1927, 1931; Bard, 1928, 1934) aportan una perspectiva unidimensional al estudio de la ansiedad.

### **2.8.1 ANTECEDENTES**

El interés de la teoría de James y Lange se centra principalmente en el sentimiento de la emoción. Intentan explicar los sentimientos emocionales basándose en la actividad de los sistemas de respuesta autónomo y somático periférico y en la retroacción sensorial a que dan lugar.

James señala que los cambios corporales siguen directamente a la percepción del hecho que produce la excitación, y el sentimiento de estos mismos cambios tal y como tienen lugar es la emoción (James 1890). Es decir, la respuesta fisiológica es la emoción sin que se produzca un conocimiento de la emoción que preceda a esta respuesta.

La teoría de James-Lange fue objeto de fuertes críticas por Cannon y Bard (1927) que presentan una teoría alternativa; se trata de una teoría de orientación central que atribuye la experiencia emocional al funcionamiento talámico y el comportamiento emocional al funcionamiento hipotalámico.

Mantienen una posición paralelista, pues consideran que la experiencia afectiva y la reactividad autonómica son relativamente

independientes y que no están relacionadas causalmente, ni interaccionalmente.

La teoría de Cannon-Bard afirma que la ansiedad, y para el caso todas las emociones, son el efecto de la condición estimulante del ambiente mediada por estructuras específicas del Sistema Nervioso Central.

Desde un enfoque experimental-motivacional, Yerkes y Dodson (1908) realizaron un esfuerzo por hacer un estudio experimental, en contra de los problemas teóricos y conceptuales derivados del método clínico, empleado por la escuela psicodinámica.

Estos autores hablaron de la relación curvilínea existente entre el nivel de excitación de un sujeto (motivación) y el nivel de ejecución de una determinada conducta o tarea.

Descubrieron que al incrementar la dificultad de la tarea la relación curvilínea existente se alteraba. También hablaron de que un hábito de fácil adquisición se puede formar rápidamente bajo una estimulación fuerte, pero que un hábito de difícil adquisición sólo se puede formar bajo una estimulación relativamente débil. Esto nos indica que la motivación óptima para una tarea de aprendizaje decrece a medida que aumenta su dificultad.

En la formación de esta ley cabe implicar dos fenómenos:

1. Uno de ellos es la ocurrencia de niveles óptimos de motivación en la eficacia o en el rendimiento de una tarea.
2. El segundo es el efecto de la dificultad de dicha tarea.

El primero de estos fenómenos cuenta con una sólida base experimental, y fue a partir de la mitad de la década de los 50

085

cuando empezó a tener importancia el estudio del segundo fenómeno.

### 2.8.2 HULL

Hull llegó al conductismo indirectamente. En su evolución se distingue primeramente una fase que se extiende hasta el año 1925, en la cual se concentra en el desarrollo de los tests, posteriormente hay otra fase en la que se dedica principalmente a los trabajos de psicología clínica. Fue a partir de entonces, 1929, cuando Pavlov y Watson influyeron más en él.

Su trabajo se caracteriza por el énfasis puesto en los aspectos metodológicos, afrontados con una sólida formación matemática y un alto rigor formal. Para él todas las relaciones que debe descubrir la ciencia tienen que ser presentadas en ecuaciones matemáticas y las hipótesis deben ser sometidas a rigurosa experimentación. Hull puede ser considerado como el más firme defensor del método hipotético-deductivo en psicología.

El enfoque mecanicista de la conducta, que históricamente ha prevalecido desde 1920 hasta 1960 fue adoptado por la mayoría de los conductistas y encuentra en Hull (1943) uno de sus principales exponentes. Dicho enfoque considera que el concepto de "impulso" es central para la explicación de la conducta motivada y ésta es la razón por la que tanto Hull (1943), como posteriormente Spence (1958) dedicarán todos sus esfuerzos para elaborar un marco conceptual en el que el impulso quedase claramente definido.

Las formulaciones iniciales de la teoría de Hull proporcionaban principalmente una explicación del aprendizaje, e implicaban un papel dominante para la fuerza del hábito en la determinación de la conducta. Sin embargo la motivación desempeña un papel importante porque se concibió el reforzamiento como una reducción del impulso. El aprendizaje, y consecuentemente, la conducta ya no serán explicados por la simple coincidencia temporal "estímulo-respuesta" sino porque media entre ellos un nuevo proceso "la reducción del impulso".

Entre las características más importantes que Hull atribuyó al impulso fueron: su dependencia de unos estados fisiológicos y orgánicos antecedentes (éstos constituyen las condiciones básicas para su aparición), su carácter energizador con respecto a la conducta, su independencia con respecto al hábito, su poder reforzador cuando es reducido y su especificidad.

Uno de los más importantes presupuestos que encontramos en la conceptualización teórica de Hull, es la neta distinción que establece entre los factores activadores y los factores asociativos de la conducta. A pesar de la clara independencia que establece Hull entre el impulso y el hábito, el impulso interviene decisivamente en el proceso del refuerzo. Según el sistema hulliano, cualquier condición del organismo que sirve para producir un impulso sirve para producir refuerzo, mediante la reducción de aquel. Este postulado sobre el refuerzo ha llevado a la evidencia experimental de que existen otros factores y que no es pues la reducción del impulso el único factor capaz de reforzar la conducta.

Para Hull, la necesidad corporal era la base final de la motivación y surgía de la deficiencia de ciertas sustancias necesarias a la sobrevivencia, o de un exceso de sustancias perjudiciales a la sobrevivencia del individuo: "una necesidad, real y potencial, por lo general precede y acompaña la acción de un organismo, a menudo se dice que la necesidad motiva o impulsa la actividad asociada. A causa de esta característica motivacional de las necesidades, se consideran que producen pulsiones animales primarias" (Hull, 1943).

#### Conceptos básicos:

- a. Pulsiones primarias: Aquellas asociadas con los estados de necesidad (Hambre, sed, aire, descanso, sueño, etc...)

- b. Reforzamiento primario: Las pulsiones se conciben como estímulos, la función de estos estímulos de pulsión es activar respuestas.
- c. Pulsión secundaria o aprendida: Condiciones, como la privación que hacían surgir un estado de pulsión.
- d. Reforzamiento secundario: Los estímulos neutrales presentes durante el reforzamiento primario adquieren la propiedad de ser estímulos reforzantes. De este modo, pueden mantener la conducta cuando ya no se efectúa el reforzamiento primario, o pueden servir de "recompensa" para los actos aprendidos, a los que nunca sigue el reforzamiento primario.

El reforzamiento primario se asocia con una reducción de la estimulación (Ep). En el reforzamiento secundario se presenta una estimulación. En esta época su teoría del reforzamiento secundario afirmaba que un estímulo podía tener valor como reforzamiento secundario sólo mientras continuara evocando la respuesta que se le asociara cuando desarrolla propiedades de reforzamiento secundario (Hull 1943).

Una discusión ulterior suponía que, por lo menos, el primer estímulo de reforzamiento secundario adquiría su fuerza de poder evocar, tras el condicionamiento, alguna parte del "proceso reductor de necesidad", que la situación misma evoca (Hull, 1943).

Un aspecto íntimamente relacionado con la función del refuerzo se refiere al "carácter selectivo de la conducta". Para Hull el hecho de que un organismo evoque en su recorrido, un tipo de conducta más bien que otra no depende del estado motivacional general del individuo (ya que el impulso es un activador inespecífico), sino de la "serie de estímulos internos que tienen su origen en el estado de necesidad del organismo". Esta serie de estímulos son denominados por Hull "estímulos de la impulsión" (contraccio-

nes estomacales, sequedad de boca, etc...) Hull en su interpretación básica de la conducta hizo derivar del estado general de necesidad del organismo dos tipos de procesos básicos: el de la impulsión y el de los estímulos de la impulsión. Confió al primero una función fundamental, activadora de la conducta, al segundo le confirió una función guiadora, orientativa. Así el proceso mediante el cual un individuo puede determinarse en un sentido u otro, es un proceso aprendido. La selección de la conducta se convierte, pues para Hull, en un problema de tipo asociativo más bien que en un problema de tipo motivacional.

Hull distinguió entre "aprendizaje" de un hábito y su "ejecución" o "uso", es decir, entre aprendizaje y ejecución. También sugirió la idea de un estado de pulsión general, al que podría contribuir casi cualquier pulsión y que, por consiguiente, no es específico. Se concibió este estado de pulsión general e indiferenciada ("P generalizada") como resultado de la contribución de cualquier pulsión o de todas ellas, al actuar sobre el organismo en un momento determinado.

Hull (1952) restringió más tarde la formulación anterior al decir que "por lo menos algunas condiciones de pulsión" pueden activar hábitos establecidos bajo otras pulsiones.

De este modo, considera a la conducta como una ejecución, determinada por varios factores, entre ellos P, a más del asociativo, el hábito (eHr).

Se concibió a P como un hábito multiplicador productor de un potencial excitante (eEr), que, en forma más directa que el hábito o la pulsión, sirviera de base a la ejecución del organismo. Al permitir que eHr sustituya al hábito eEr por el potencial excitante y P por pulsión, puede escribirse la fórmula de Hull como:



$$eEr = eHr \times P$$

Si se toma  $eEr$  como indicador de que la conducta ocurrirá, entonces, si  $eEr$  es cero, no habrá conducta. De este modo, cuando  $P$  es cero,  $eHr$  será cero, y no existirá conducta mediada por el hábito particular en cuestión. De igual modo ocurrirá si  $eHr$  es cero.

Sin duda que habrá hábitos o relaciones innatas, sobre las que actuaría la pulsión, de modo que el organismo mostrará conducta de tener  $P$  un valor superior a cero. Pero la conducta particular mediada por el hábito mostrado en la ecuación no podría aparecer. En esta formulación, lo que confiere sus características particulares a la conducta es la estructura del hábito.

La línea de Hull, por tanto, acepta que el refuerzo consiste en la reducción de un impulso. Esta teoría de la reducción del impulso fue precisada por Dollard y Miller (1950) e influyó de forma decisiva en autores como Spence y Taylor (1952), Spence (1956), Taylor (1956).

### 2.8.3 DOLLARD Y MILLER

Elaboran una teoría sobre la ansiedad partiendo de algunos postulados de corte psicoanalítico y reinterpretándolos a la luz de las teorías del aprendizaje.

Asumiendo las aportaciones de la teoría de Hull han considerado la ansiedad como un poderoso "drive" motivacional, secundario, aprendido, asociado a diversos fenómenos y responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas. Su origen, mantenimiento y evolución van a ser explicados basándose en los conceptos de conflicto, refuerzo y generalización.

La ansiedad no es igualable al miedo, es una forma particular de él. De hecho, la definición dada por Dollard y Miller (1950) dice: Cuando la fuente de miedo es vaga y oscurecida por la represión, se llama frecuentemente ansiedad.

El trabajo de ambos realizado en 1950 se centra en la interacción de la variable "drive" con otros elementos que integran la personalidad, tratando de incidir en ella terapéuticamente por medio de las técnicas de reducción de "drive".

"El miedo es aprendido porque puede ser desencadenado por señales previas neutras, decimos que esto es una excitación porque puede motivar, y su reducción puede reforzar el aprendizaje de nuevas respuestas. Por esta razón llamamos al miedo de una señal previamente neutra, excitación aprendida" (1950).

El miedo se conforma a las leyes básicas de una respuesta: puede ser aprendida, inhibida y/o generalizada a señales similares a las de la situación original del aprendizaje. Asimismo como respuesta tiende a ser reforzado por los mismos estímulos que la elicitán.

La fuente del miedo puede llegar a asociarse, a través de unos procesos por los cuales el miedo llega a ser ansiedad. Para Dollard y Miller el concepto de ansiedad, emerge sólo bajo condiciones de conflicto neurótico, de hecho, para estos autores todo miedo neurótico es por definición ansiedad.

El miedo debido a sus propiedades de excitación aparece como el primer factor causal en la génesis de la neurosis. Dollard y Miller afirman que "un intenso conflicto emocional es la base necesaria para la conducta neurótica. El conflicto debe ser inconsciente más adelante. Como algo usual, tales conflictos se encuentran en la niñez" (1950).

Una consecuencia del conflicto neurótico inconsciente es el desarrollo de síntomas, aquí la ansiedad también juega un papel central. De acuerdo con ambos autores, hay básicamente dos tipos de síntomas: aprendidos y no aprendidos.

Un síntoma no aprendido sería las palpitaciones del corazón o nerviosismo que tiende a acompañar la ansiedad crónica. Los síntomas aprendidos se forman cuando alguna respuesta inadaptada para lograr una reducción del nivel de ansiedad es reforzada. En la ansiedad también se produce una generalización del estímulo a otras situaciones, provocando ansiedad en las nuevas situaciones, finalmente, la ansiedad es algo que aprendemos. Más adelante, una vez que ha sido aprendida puede motivar conductas inadaptadas, convirtiéndose así en el principal factor del desarrollo del conflicto neurótico.

A partir de estos autores, en Inglaterra y EE.UU. se dió gran importancia a las propiedades de impulso que caracteriza a los estados de ansiedad.

#### 2.8.4 SPENCE Y TAYLOR

Spence y Taylor en una serie de trabajos (Taylor, 1951; Taylor y Spence, 1952; Spence y Taylor, 1951; Spence, 1956) estudiaron la relación existente entre la ansiedad causada por la prueba y el grado de dificultad en la tarea a ejecutar, de manera que una respuesta condicionada sencilla es aprendida con mayor facilidad por aquellos sujetos que tienen un nivel de ansiedad alto, mientras que aquellos sujetos cuyo nivel de ansiedad es menor, encuentran mayor dificultad en aprender la tarea.

Mostraron experimentalmente que la intensidad de un soplo de aire dirigido al ojo, así como una amenaza de choque eléctrico, ejercen un efecto mayor sobre el condicionamiento en los sujetos de ansiedad elevada que en los de ansiedad baja. Es probable que la intensidad del soplo y la amenaza sean factores que se sumen al nivel de pulsión del sujeto, (Spence y Spence, 1966).

Cuando la tarea es compleja ocurre lo contrario, siendo los sujetos con un nivel de ansiedad bajo quienes aprenden antes. Los resultados de sus experimentos los explicaron siguiendo la formulación teórica de Hull (1943).

Para Spence y Taylor la ansiedad es equivalente al grado de excitación general del sujeto o "drive" motivacional.

Mandler y Saranson (1952) han ofrecido una concepción del papel de la ansiedad alternativo a la noción de Taylor-Spence de que la ansiedad ejerce sus efectos principales como parte de un nivel de pulsión general. Sus investigaciones acentúan que la existencia de la ansiedad provoca respuestas de dos tipos por parte del sujeto, adquiridas en su experiencia anterior como medio de reducir la ansiedad. Un tipo de respuestas se relaciona con completar la tarea, y, de ocurrir respuestas de este tipo, el sujeto pasaría a completar la tarea de un modo efectivo. Sin embargo, el otro tipo consiste en respuestas no relacionadas con la

tarea, como, sentimientos de inadecuación, desamparo, anticipaciones de castigo, pérdida de status o de la estima, o intentos implícitos de abandonar la prueba. Puede decirse que esas respuestas están más centradas en el sujeto que en la tarea.

Existe un cierto número de pruebas en la literatura científica que dice que bajo tensión alta, como la que entraña el éxito o fracaso en situaciones que implican una evaluación de la inteligencia u otras habilidades, los sujetos de puntuación alta en escalas de ansiedad resultan afectados adversamente, mientras que los sujetos de puntuaciones bajas no son afectados o resultan motivados para mejorar su labor.

### 2.8.5 MOWRER

#### Teoría bifactorial de Mowrer:

Mowrer arguyó que todo aprendizaje era de naturaleza clásica o asociativa. Asimismo señaló que se puede considerar que el condicionamiento clásico precede lógicamente al condicionamiento instrumental. En el caso del condicionamiento de escape y de evitación, por ejemplo, Mowrer argüía que la pulsión adquirida de miedo está basada en la contigüidad del EC y del EI e implica inducción de la pulsión. La pulsión inducida (condicionada clásicamente) plantea un problema al organismo (el de reducir o terminar el miedo), de tal forma que el organismo se dedica a un comportamiento de ensayo y error hasta que da con la respuesta que le hace posible escapar (y más tarde evitar) del estímulo nocivo, y de esa forma reduce la ansiedad. La reducción de la ansiedad sirve como un evento reforzante para la respuesta de escape o evitación. Mowrer ligó estas dos formas de aprendizaje con los sistemas nerviosos autónomo y central, respectivamente.

Un punto importante a resaltar es el concepto de ansiedad como pulsión adquirida que motiva al organismo a producir una respuesta que reducirá la pulsión (o alternativamente, según los paradigmas de evitación activa y pasiva, a detener la producción de la respuesta) que evocaba la estimulación nociva.

Será en 1939 cuando Mowrer establece que la ansiedad es una conducta aprendida por medio de condicionamiento clásico. Más adelante (1950, 1960) añade un segundo componente, el condicionamiento instrumental. La presencia de dos componentes es necesaria en la conducta de evitación; el componente clásico respondía de la motivación de la evitación basándose en la contigüidad EC-EI, y el componente instrumental respondía del refuerzo del impulso. De esta forma señala la existencia de dos procesos en el desarrollo y reducción de la ansiedad, conociéndose su teoría como Teoría Bifactorial o de Los Dos Procesos.

Mowrer llega a expresar en uno de sus ensayos una conclusión de la naturaleza precisa de la ansiedad. Postulaba que este fenómeno es en gran medida aprendido, que aquello puede servir para motivar una conducta de ensayo-error, y que su reducción refuerza el aprendizaje de nuevos hábitos. Estos tres postulados habían venido a constituir los rasgos esenciales de la concepción aprendizaje-excitación de la ansiedad, una concepción que los teóricos del aprendizaje han aceptado casi universalmente.

#### 2.8.6 AUTORES CON ORIENTACION PREDOMINANTEMENTE FISIOLÓGICA

Los primeros estudios psicofisiológicos sobre la ansiedad partieron del concepto de activación tal y como había sido propuesto por Cannon (1915), como una activación generalizada e indiferenciada procedente del sistema nervioso simpático. Esta concepción unidimensional influyó en gran medida en los trabajos de Hull, Taylor y Spence.

El concepto de activación fue posteriormente reformulado por Duffy (1962, 1972) señalando la existencia de una activación tanto general como específica que da lugar a un patrón de respuesta variable y que se ajusta a las situaciones estímulares particulares.

Aquí se complementa el concepto de activación general de un organismo como un todo, con el de una activación específica según patrones variables entre personas y entre situaciones; lo que implica que los distintos sistemas fisiológicos pueden no activarse del mismo modo en un momento determinado.

En 1967, Lacey realizó un análisis crítico del modelo unidimensional, dado que en muchos trabajos empíricos se obtenían resultados contrarios a sus predicciones. Las principales objeciones a la unidimensionalidad de la activación serían (Vila, 1985):

- a. La desincronía o disociación existente entre los índices de activación fisiológica y los de activación conductual.
- b. Desincronía entre distintos índices de activación fisiológica.
- c. Existencia de patrones específicos de respuesta.
- d. Presencia de efectos inhibitorios sobre el cerebro del feedback aferente de la actividad cardiovascular.

Esta crítica a la concepción unidimensional de la activación ha dado lugar a que distintos autores propongan teorías bi-



dimensionales (Eysenck, 1967; Routtenberg, 1968; Vanderwolf y Robinson, 1981); tridimensionales (Gray, 1982); y multidimensionales, como la del propio Lacey.

Al lado de estos autores, que iban aportando distintas críticas a la teoría unidimensional, existen otros que estudian concretamente la distinción fisiológica de las distintas emociones, tales como Ax (1953) que se centra en las respuestas autonómicas dadas frente al miedo y la ira, y los trabajos más recientes de Schwartz (1976, 1977, 1978) sobre patrones específicos de activación psicofisiológica y biofeedback.

Ax (1953) observó que las respuestas autonómicas dadas frente a la ira (aumento del número de respuestas galvánicas de la piel y de la tensión muscular, disminución del ritmo cardíaco, elevación de la presión sanguínea diastólica...) eran diferentes a las dadas frente al miedo (aumento de la conductancia de la piel, la tasa cardíaca, la presión sistólica, la tensión muscular y de la tasa de respiración). Con respecto a la correlación entre estas respuestas, observó que la correlación de una medida autonómica en distintos estados era mayor que la correlación de distintas medidas en el mismo estado, que eran mucho más bajas y no significativas.

Schwartz (1977) y Schwartz y cols. (1977), empleando técnicas de biofeedback, comprobaron que distintos sujetos informaban de la experiencia subjetiva de ansiedad al tiempo que generaban un patrón de elevación de tasa cardíaca y de tensión electromiográfica del músculo frontal.

## 2.9 NEOCONDUCTISMO

En este bloque se ha analizado el concepto de ansiedad desde distintas perspectivas. Hemos podido observar la presencia, en tales estudios, de respuestas motoras y registros fisiológicos, pero de forma escasa, o prácticamente nula, la presencia del elemento cognitivo.

Los neoconductistas, conservando los elementos ambientales introducen, como tal, la variable cognitiva, sin que ello devalúe la variable motora o la fisiológica.

Además de un mayor énfasis en los aspectos cognitivos se pone de relieve la importancia de las teorías del aprendizaje social y la necesidad de estudiar la ansiedad desde una perspectiva multidimensional.

La fusión de estos aspectos, como más adelante veremos, ha generado importantes cambios, tanto en la evaluación como en el tratamiento de la ansiedad; posibilitando una evaluación más precisa y un tratamiento cada vez más individualizado.

Es de señalar que muchos de los autores a los que nos referiremos en las próximas páginas, han sido ya mencionados al tratar sobre los enfoques situacionista e interactivo, principalmente este último, de las teorías de la personalidad. Esto no es de extrañar, ya que son posturas no solamente compatibles, sino que pueden ser consideradas como las dos caras de una moneda o como una misma cosa desde dos puntos diferentes.

### 2.9.1 TEORIA TRIDIMENSIONAL O DE LOS TRES SISTEMAS DE RESPUESTA.

La idea de que la ansiedad se manifiesta a un triple nivel, tanto conductual o motor, como fisiológico y cognitivo, se desarrolla fundamentalmente desde la Teoría Tridimensional de Lang (1968).

La ansiedad, definida en estos términos engloba una serie de respuestas, que suponen una combinación de reacciones cognitivas, fisiológicas y motoras. Se piensa que estas respuestas son producidas por algún estímulo identificable, que incluiría tanto estímulos cognitivos y fisiológicos como ambientales.

Siguiendo a Bellack y Lombardo (1984), podemos delimitar los tres sistemas o componentes de la siguiente forma:

- a. El distress subjetivo constituye la reacción cognitiva primaria que adopta la forma de sentimientos de terror, amenaza o catástrofe inminente, experimentado como "desórdenes de pánico" o "desórdenes de ansiedad" generalizados. El distress subjetivo engloba pensamientos e imágenes altamente específicos.
- b. Las respuestas fisiológicas producidas por ansiedad, generalmente se asocian con un incremento de la actividad del SNS o del SNA como resultado de una activación del SNC o de la actividad neuroendocrina mediada por el SNC. Este incremento de la actividad del SNS producirá cambios cardiovasculares y un aumento de la actividad electrodérmica, del tono músculo-esquelético y del ritmo respiratorio.
- c. En general, se piensa que los cambios encontrados en las respuestas motoras son resultado del arousal fisiológico y de "cogniciones de miedo". Paul y Bernstein (1973) distinguen dos tipos: directas e indirectas:

Las respuestas motoras directas incluyen (Martín y Sroufe (1970):

- Inquietud, tics, temblores, gesticulación, tartamudeo y la lengua se traba más a menudo.
- Reducción de la memoria a corto plazo, de la habilidad para la discriminación perceptiva, de la destreza motora, del tiempo de reacción y del aprendizaje y ejecución de tareas complejas.

El escape o la evitación de la ansiedad son respuestas que no están bajo el control voluntario y constituyen las respuestas motoras indirectas. En éste último caso, las respuestas de ansiedad (cogniciones y arousal fisiológico) actúan como estímulos discriminativos dando pie a ulteriores respuestas (por ejemplo: escape o evitación).

Esta teoría se fundamenta en la escasa correlación que existe entre los tres sistemas de respuestas y señala la necesidad de utilizar el término ansiedad no de una forma genérica, sino especificando a que se hace referencia.

#### **2.9.1.1. EL PROBLEMA DE LA DESINCRONIA O FRACCIONAMIENTO DE RESPUESTAS**

La aproximación de Lang a la ansiedad se desarrolló a partir de la investigación en laboratorio. Propuso agrupar todas la variables observables en tres categorías: cognitiva, fisiológica y motora; observando que los tres sistemas correlacionaban incorrectamente (Lang y Lazovik, 1963; Lang, 1968).

Este efecto ha sido posteriormente comprobado en gran número de trabajos, donde se obtuvo como resultado que las distintas modalidades de respuesta no concordaban entre sí o existían entre ellas relaciones parciales. Como ejemplo de estos trabajos podemos citar el de Rachman y Hodgson (1974) sobre miedo y evitación, el de Gatchel y Cols (1979) sobre miedo a hablar en públi-

co, el de Cohen (1977) con sujetos agorafóbicos, el de Borkoveck y Cols (1974) sobre problemas de ansiedad social.

En el estudio pionero sobre este tema, Lang y Lazovik (1963) encontraron una correlación estadística poco significativa entre los distintos sistemas; lo que hizo que una serie de autores cuestionasen seriamente la validez del constructo ansiedad (Bandura, 1969; Ullmann y Krasner, 1969; Krasner y Ullmann, 1973). El argumento básico para esta crítica se fundamentaba en que, si no hay una evidencia que apoye la validez de constructo, dado que existe una escasa correlación entre los diferentes aspectos de éste, entonces nos encontramos con dificultades a la hora de defender el constructo de ansiedad.

Sin embargo la utilidad de un constructo es independiente de su validez, aunque tal como señalan Bellack y Lombardo (1984), una solución al problema de la desincronía podría suponer un gran progreso en la evaluación y tratamiento de los desórdenes de la ansiedad.

Hay tres interpretaciones distintas del fenómeno de la desincronía entre sistemas de respuesta:

- Este fenómeno es convenientemente interpretado en términos de independencia del "sistema de respuestas". Las respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas son descritas como funcionalmente independientes o como efectos "co-paralelos" de la ansiedad (Bandura, 1969), o como una serie de: "componentes escasamente acoplados" (Rachman, 1978), o como "parcialmente independientes" (Hodgson y Rachman, 1974; Lang, 1971; Lang, Rice y Sternbach, 1972).

- Una segunda interpretación ha consistido en pensar que la desincronía puede reflejar problemas en la medición. A pesar de que los defensores del supuesto de la "independencia del sistema de respuestas" argumentan que el error de la medición no es la

fuelle de la desincronía (Lang, 1971; Lang y cols., 1972; Rachman, 1978), otros sugieren que aceptar la hipótesis de la independencia es prematuro (Bellack y Hersen, 1977; Cone 1979; Hugdahl, 1981).

Existe un cierto número de evidencias sugiriendo que el error de la medición, al menos, contribuye a la desincronía. En primer lugar, encontramos frecuentemente relaciones muy débiles entre las medidas de diferentes aspectos dentro del mismo sistema.

Más importantes son los trabajos que hacen referencia a que las mediciones de las respuestas pueden alterarse variando las características de la demanda evaluativa. Miller y Bernstein (1972) realizaron un estudio que ilustra los efectos de la influencia sobre las relaciones entre sistemas de respuesta de instrucciones de alta y baja demanda.

Una tercera fuente de variabilidad en la medición puede deberse a la falta de consenso existente en lo relativo a qué aspectos cognitivos deben evaluarse.

La evaluación cognitiva tradicional requiere que el sujeto realice una evaluación global de los tres sistemas de respuesta, respondiendo a una pregunta del tipo "¿es usted ansioso?", evaluadas mediante escalas "tipo Likert". También se introducen preguntas específicas sobre el comportamiento cognitivo como "¿tienes pensamientos autocríticos?". Cuando se incluyen preguntas de características tan específicas suelen combinarse con otras que solicitan evaluaciones subjetivas del comportamiento motor y fisiológico.

Un último argumento propuesto por Cone (1979), hace referencia a que los métodos empleados para la comparación entre los sistemas de respuesta, son defectuosos, lo cual contribuiría a la obtención de bajas intercorrelaciones entre ellos. Dado que para cada sistema de respuestas se emplea un método de evaluación di-

ferente, no es extraño que se obtenga una desincronía, ya que actuarían los efectos aditivos de diferente método de evaluación más diferente sistema evaluado. Estas bajas intercorrelaciones pueden ser, por consiguiente, un artificio producido por el uso de diferentes estrategias de medida, tanto o más, que un reflejo de las relaciones entre sistemas de respuesta.

- La tercera interpretación del fenómeno de la desincronía fue propuesta por Schwartz (1978) en el modelo psicobiológico del comportamiento. Schwartz sugiere que los sistemas de respuestas son interdependientes. Esta dependencia sólo es evidente cuando se toman en cuenta los patrones de respuesta.

El aspecto más interesante del modelo es la hipótesis de que algunos patrones de respuesta mostraron mejor concordancia que otros.

Llegado a este punto, debemos señalar que el término desincronía o fraccionamiento de respuesta está siendo utilizado en la actualidad con una cierta ambigüedad, ya que se emplea indistintamente para referirse a tres fenómenos diferentes:

- Bajas correlaciones entre los tres sistemas de respuesta.
- Escasa covariación entre distintas respuestas de un mismo sistema.
- Correlaciones poco significativas entre distintos métodos de medida al evaluar las mismas respuestas.

### 2.9.1.2. IMPLICACIONES DE LA TEORIA TRIDIMENSIONAL

La teoría Tridimensional de la Ansiedad tiene un gran número de implicaciones en el ámbito clínico, tanto en la evaluación o diagnóstico, como en el tratamiento.

En primer lugar, permite un conocimiento más profundo del fenómeno de la ansiedad al ser abordado desde las tres vertientes posibles: cognitiva, fisiológica y motora. Este múltiple enfoque permitirá el diseño y construcción de instrumentos que posibiliten la obtención de perfiles de respuesta para cada sujeto.

En segundo lugar, favorece la utilización de técnicas de reducción de ansiedad de una forma más individualizada y eficaz, empleando una técnica cuando predominen los componentes cognitivos y otra distinta cuando el predominio sea fisiológico o motor. En esta línea Lang y cols. (1970) hallaron que los sujetos con mayor reactividad fisiológica mejoraban más con una técnica de desensibilización sistemática. Wolpe (1977) incide sobre el mismo aspecto al señalar que la desensibilización sistemática es más efectiva si predomina el componente fisiológico que si predomina el componente cognitivo. Ost y cols. (1981) trabajando con sujetos fóbicos sociales encontraron que los que mostraban mayor reactividad fisiológica resultaban más beneficiados por la relajación que por el entrenamiento en habilidades sociales, mientras que en los sujetos que mostraban más respuestas motoras, la eficacia de los tratamientos se invertía. En 1982, los mismos autores utilizando un diseño similar, pero esta vez con sujetos claustrofóbicos, encontraron resultados similares.

En esta línea, se ha propuesto recientemente (Delprato y McGlynn, 1984) un interesante modelo denominado "Entramado múltiple para los desórdenes de ansiedad"; según el cual se pueden optimizar los resultados de un tratamiento si se tienen en cuenta las combinaciones particulares y específicas de tres grandes grupos de factores:



- a. Sistema de respuestas.
- b. Origen y desarrollo.
- c. Condiciones de mantenimiento.

En la figura 1 puede verse la representación gráfica de este modelo.

Según este modelo, la ansiedad debe ser abordada como una compleja interacción entre los tres sistemas de respuesta, la ontogenia y las condiciones de mantenimiento.

Se espera que los distintos modelos concluyan en estrategias terapéuticas múltiples, aplicables a pacientes ansiosos de forma específica e individualizada.

A nuestro juicio, este modelo supone un gran avance al lograr una síntesis entre las aportaciones teóricas y empíricas más relevantes realizadas hasta el presente. Además, es la mejor respuesta a la recomendación de Paul sobre las cuestiones a las que debe dar solución la investigación clínica: "¿Qué tratamiento, para qué individuos y con qué problema específico es más efectivo, y bajo qué circunstancias?" (Paul, 1967, p.111).

Un análisis detallado de las ventajas empíricas, técnicas y terapéuticas de la Teoría Tridimensional puede encontrarse en Lang (1968, 1970, 1971, 1978), Hodgson y Rachman (1974), Rachman (1977, 1978), Hugdahl (1981), Turner (1984), Miguel Tobal y Cano Vindel (1984a, 1984b), Vila (1984).

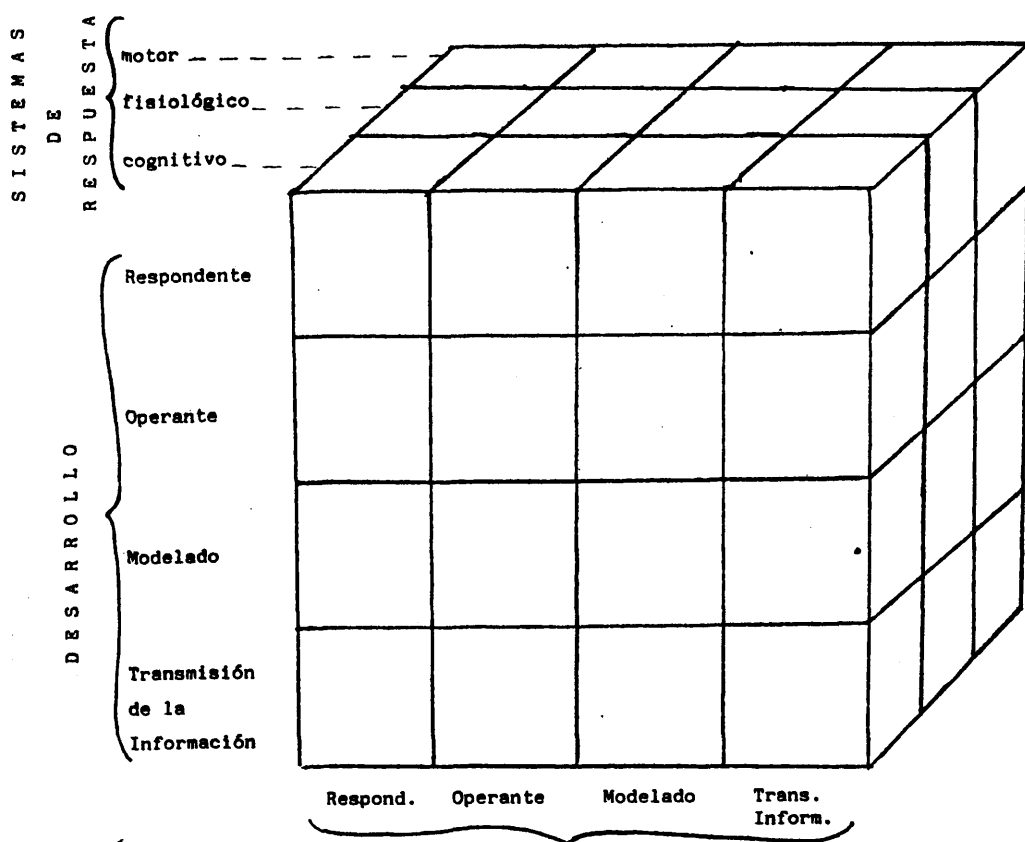


FIGURA I

CONDICIONES DE MANTENIMIENTO

Entramado múltiple para los desórdenes de ansiedad, compuesto por tres grandes clases de factores.

### 2.9.2 PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

La teoría del aprendizaje social estudia la naturaleza de los componentes de la respuesta de ansiedad buscando las relaciones funcionales entre esos componente y el medio -interno y externo- en el cual aparecen (Borkovec y cols, 1977).

En un principio, este enfoque se centró en las circunstancias ambientales que daban lugar a la aparición de respuestas de ansiedad, y en la recogida de información acerca de la relación entre la magnitud de esas respuestas y la naturaleza y/o la intensidad de las condiciones antecedentes. Posteriormente, se ha ido dando paso al estudio de los aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, relacionados con la ansiedad específica ante estímulos ambientales.

Desde la perspectiva del aprendizaje social, la evaluación de la ansiedad no diferiría, en principio, del análisis funcional de cualquier otra conducta. Siguiendo a Borkovec y cols. (1977), no existe un único método satisfactorio para la evaluación de la ansiedad, por lo que tanto los clínicos como los investigadores deben considerar:

1. Los estímulos que elicitán los distintos componentes de la respuesta de ansiedad.
2. Los componentes que más marcadamente aparecen en un individuo, o en un determinado grupo de individuos.
3. Las consecuencias de esos componentes.

No obstante, debemos señalar que debido a la complejidad del constructo "ansiedad" y a su multidimensionalidad, algunos teóricos del aprendizaje social han sugerido que este término debe ser abandonado y se debe centrar la atención sobre las condiciones estimulares (internas o externas) que dan lugar a las respuestas de ansiedad, así como sobre los componentes específicos de

ésta, tales como, arousal emocional y conducta de evitación (Bandura, 1969; Ullman y Krasner, 1969; Krasner y Ullman, 1973).

No nos extenderemos más sobre este punto, ya que otros aspectos de este enfoque han sido expuestos al referirnos a las teorías situacionistas e interactivas de la personalidad.

### 2.9.3 LINEA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Los intentos de dar una explicación cognitiva a los eventos de ansiedad, dentro de la teoría comportamental, no son nuevos; si bien estos tuvieron escasa relevancia y fueron muy poco populares en los comienzos de la Terapia de Conducta. Ya en 1932, Tolman había ofrecido una explicación cognitiva de como funcionaba el "condicionamiento directo" de Jones (1924) para reducir el miedo. Pero hasta finales de la década de los 60 las formulaciones cognitivas daban lugar, por lo general, a reacciones adversas dentro del ámbito científico.

En este periodo destaca principalmente la teoría de Lazarus (1966), centrada sobre el concepto de stress y los procesos de enfrentamiento al stress.

Lazarus describe el stress como estímulo y como respuesta. Como estímulo, el stress es definido como una circunstancia externa a la persona que le supone demandas extraordinarias o inusuales. Como respuesta, distingue cuatro tipos de reacción que sirven de indicadores de stress:

- Autoinformes de emociones disfóricas como miedos, ansiedad, ira,.....
- Conductas motoras.
- Cambios fisiológicos.
- Cambios inadecuados del funcionamiento cognitivo.

Centrando su atención en el elemento más puramente psicológico del stress elabora el concepto de amenaza, al que atribuye dos características: tiene caracter anticipatorio y depende de procesos cognitivos.

En la respuesta de stress distingue cuatro elementos:

- Antecedentes.
- Mediadores psicológicos.
- Modos de expresión de enfrentamiento.
- Respuestas específicas de enfrentamiento.

Las condiciones antecedentes corresponden tanto a la situación de las diferentes variables que la conforman, como al sujeto. Ambos determinan la evaluación cognitiva del estímulo. Si este es evaluado como amenaza potencial, el sujeto responderá por la puesta en práctica de sus habilidades de enfrentamiento, que pueden ser de dos tipos, acciones directas y procesos intrapsíquicos.

En el proceso de evaluación cognitiva se lleva a cabo la reevaluación de la situación estimular en función del flujo de los acontecimientos de la situación y del feedback recogido tras la emisión de las conductas de enfrentamiento del sujeto.

Durante la década de los 70 se producen una serie de cambios en el clima intelectual y a partir de 1980 diversos autores incorporan el enfoque cognitivo, tanto en sus formulaciones teóricas como en los programas terapéuticos.

Quizá el aspecto fundamental que aporta la teoría cognitiva, es reconocer la participación en la ansiedad de complejas actividades humanas, como percepción, pensamiento, expectación, imaginación y verbalización.

Siguiendo a Delprato y McGlynn (1984), el enfoque cognitivo de la ansiedad afirma que los eventos mentales intervienen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta siosa.



Estímulo señal → Procesos de mediación cognitiva → ansiedad.

Las formulaciones cognitivas recientes (Bolles y Fenselow, 1980; Carr, 1979; Reiss, 1980) comparten, en mayor o menor grado, cuatro supuestos básicos:

1. Las expectativas de peligro median las respuestas de ansiedad.

Ciertas condiciones actuarán como señales anticipatorias de peligro o daño. Esta expectativa de peligro producirá la aparición de respuestas de ansiedad (Carr, 1979; Reiss, 1980) o estados de ansiedad (Bolles y Fenselow, 1980).

El proceso sería el siguiente:

Señal → Expectativas de peligro → ansiedad

En situaciones de condicionamiento aversivo, esto sería:

E.C. → Expectativa de E.I. → ansiedad.

Puesto que aquí, la ansiedad es vista como una respuesta interna, se necesita de un cuarto paso para completar el proceso:

Señal → Expectativa de peligro → ansiedad → manifestaciones de la ansiedad

En el condicionamiento aversivo, el primero y cuarto paso serían el E.C. y la R.C. respectivamente, mientras que el segundo y el tercero son dos constructos relacionados entre sí.

2. El condicionamiento clásico aversivo no es ni necesario ni suficiente para producir ansiedad.

Una expectativa de peligro generadora de ansiedad puede desarrollarse sin necesidad de un condicionamiento aversivo previo. Esta expectativa no se desarrollará al menos que ocurra el apareamiento EC-EI "siendo el sujeto consciente" de su relación contingente.

3. Las expectativas de peligro pueden generarse a partir de tres procesos de aprendizaje distintos.

Tanto el condicionamiento clásico, como el aprendizaje observacional y la transmisión de información contribuyen a la aparición de expectativas de peligro (Carr, 1979); por tanto, los "tres caminos hacia el miedo" de Rachman (1977, 1978) encuentran respaldo en esta afirmación. Pero aquí, los efectos del condicionamiento, modelado y transmisión de información actuarían como mediadores de la expectativa de peligro.

4. La magnitud de la ansiedad covaría con la probabilidad subjetiva de peligro.

Las variaciones en el grado o intensidad con que la ansiedad ocurre reflejan variaciones en los procesos cognitivos mediacionales. De esta forma una débil expectativa de peligro, o baja probabilidad subjetiva de peligro, dará lugar a ansiedad poco intensa; mientras que una expectativa fuerte dará lugar a ansiedad intensa.

#### 2.9.3.1 IMPLICACIONES DEL ENFOQUE COGNITIVO

La mayor contribución del enfoque cognitivo ha consistido en desafiar la concepción de la ansiedad como E -- R, basado en un marco de trabajo mecanicista de causa-efecto, quedándolo anticuado.



El énfasis puesto por los teóricos cognitivos en un organismo activo es un sustituto importante de la concepción tradicional de un organismo inerte que responde a la estimulación externa que incide sobre él.

Especial importancia esta teniendo este enfoque en el ámbito clínico. La característica fundamental de la aplicación terapéutica actual de la teoría cognitiva es su énfasis en que las autoverbalizaciones "auto-activadas" causan ansiedad (Ellis, 1962; Beck, 1970; Gelfried, Decenteno y Weinberg, 1974; Meichenbaum, 1977); y la importancia concedida a variables como expectativas, predictibilidad y controlabilidad de los eventos aversivos (Weiss, 1977; Rachman, 1978; Seligman, 1975; Miller, Rossellini y Seligman, 1977; Bootzin y Max, 1980).

115

### 3. EVALUACION DE LA ANSIEDAD

### 3.1 EVALUACION DE LA ANSIEDAD POR LOS DISTINTOS ENFOQUES.

Debido a las múltiples concepciones del término ansiedad y al gran número de estudios que sobre éste se han llevado a cabo desde cada una de las escuelas o enfoques, nos encontramos con un numeroso grupo de técnicas de evaluación diferentes.

EL ENFOQUE PSICODINAMICO va a utilizar de forma prioritaria técnicas proyectivas. Estas se basan en la hipótesis de que los aspectos fundamentales del funcionamiento psíquico quedarán reflejados en la forma en que el sujeto percibe o interpreta el material del test, y en el modo en que estructura la situación, de esta forma se pueden inferir procesos de ansiedad inconsciente a partir de las respuestas al test.

Estos métodos se originaron en medios clínicos y en su esquema teórico reflejan la influencia de conceptos psicoanalíticos. Entre los más utilizados estarían el test de Rorschach (Rorschach, 1921) y el test de Apercepción Temática (T.A.T.)(Murray y cols., 1938).

Frecuentemente han sido criticados tanto desde el punto de vista de su fiabilidad (Lindzey y Herman, 1955), como de su validez, llegándose a señalar que "la validez de las pruebas proyectivas está en función inversa del rigor con que se estudian" (Píñillos, 1975, p.606).

EL ENFOQUE DE RASGOS emplea preferentemente cuestionarios que evalúan el grado de ansiedad de un sujeto presentándole una serie de respuestas que éste debe cuantificar dependiendo de la frecuencia de aparición en su repertorio habitual de comportamiento. Este ha sido el método de evaluación de ansiedad más utilizado.

Entre las pruebas más conocidas para medir rasgo de ansiedad están:

- Escala de Ansiedad Manifiesta. M.A.S., (Taylor, 1953).
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. S.T.A.I. de rasgo, (Spielberger y cols., 1970).
- Índice de Ansiedad obtenido por Welsh (Dahlstrom y Welsh, 1960) a partir de las escalas del M.M.P.I.

Se han realizado principalmente dos críticas a este tipo de medidas; la primera hace referencia a que no tienen en cuenta los aspectos de la situación (Brenkelmann, 1967; Mischel, 1968), la segunda consiste en una crítica más amplia al propio concepto de rasgo, principalmente en lo relativo a su estabilidad (Mischel, 1968).

EL ENFOQUE INTERACTIVO utiliza generalmente cuestionarios S-R (situación-respuesta), en los que se describen una serie de situaciones y de respuestas, debiendo evaluar el sujeto la frecuencia o intensidad con que estas respuestas se producen ante aquellas situaciones; este método posibilita una evaluación de las respuestas, las situaciones y la interacción entre ambas, obteniendo una mayor fiabilidad que los cuestionarios de rasgo.

Entre ellos estarían:

- Inventario de Ansiedad S-R, (Endler y cols., 1962).
- S-R Inventory of General Trait Anxiousness. (Endler y Okada, 1975).
- Individual's Reactions to Situations. (Magnusson y Ekehammar, 1975).
- Inventario de Actitudes hacia Situaciones Diversas (I.A.S.D.). (Bermúdez, 1983).

A los cuestionarios S-R existentes se les puede criticar la pobreza de las situaciones estimulares que incluyen, tanto por su número como por su escasa representatividad; ya que incluyen situaciones con baja probabilidad de ocurrencia y en las que una respuesta de ansiedad sería común a la mayor parte de los suje-

tos, lo que trae consigo una pobre capacidad de discriminación (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1984b). Esta crítica, iría pues dirigida a los aspectos formales y de contenido de las pruebas más que al método en sí.

EL ENFOQUE CONDUCTAL ha utilizado un gran número de métodos en la evaluación de ansiedad. Tales como:

- Registros fisiológicos, principalmente medidas de actividad electrodérmica (conductancia y resistencia como más adecuadas) y cardiovasculares (la más utilizada es la tasa cardíaca)., Evalúa el componente fisiológico de la respuesta de ansiedad.
- Observación de conductas, tanto en situaciones naturales como artificiales. Sirve para evaluar la conducta manifiesta (componente motor).
- Autoregistro o autoobservación (self-monitoring), donde es el propio sujeto quien recoge y registra la información referida a una determinada conducta inmediatamente después de que esta conducta ha ocurrido. Es de gran utilidad al poder evaluar los tres componentes (cognitivo, fisiológico y motor) en el medio natural y en el momento en que ocurren.
- Termómetro de miedo es una escala de diez puntos que sirve para valorar de forma subjetiva (cognitivo) el grado de temor o ansiedad que una situación determinada genera a un sujeto. Utilizado principalmente para la elaboración de jerarquías en la desensibilización sistemática.
- Medidas de autoinformarse o cuestionarios, aunque muy criticados en el pasado por el enfoque conductual, actualmente están siendo rehabilitados y su utilización es cada

vez más extensa. Los hay de dos tipos: específicos y generales.

. Los específicos se centran en un área muy concreta, como:

    Escala de evitación y ansiedad social. (Watson y Friend, 1969).

    Inventario de Ansiedad ante las arañas (Denny y Sullivan, 1979).

. Los generales evalúan un área más amplia, como:

    Inventario General de Miedos, FSS-III (Wolpe y Lang, 1964).

    Inventario de Indicadores de Tensión y Ansiedad. (Cautela y Upper, 1976).

Los específicos son los más abundantes dentro de este enfoque.

Algunos autores incluyen un tercer apartado de cuestionarios situacionales, dentro del que estarían el Termómetro de Miedo, el Diferencial de Ansiedad en que se utilizaría la metodología del diferencial semántico, la escala de estado del S.T.A.I. de Spielberger y cols,... Para una buena revisión sobre este tema ver Carrobbles y Díez Chamizo (1981).

Como características generales del empleo de cuestionarios por el enfoque conductual, señalaremos que, a) las respuestas al cuestionario se toman como muestras de conducta ante una situación concreta y no como manifestaciones de un rasgo; b) algunos evalúan una respuesta general de temor, miedo o ansiedad ante situaciones, otros detallan distintos tipos de respuestas sin especificar situaciones o ante una sola situación, y otros evalúan una respuesta general de ansiedad ante estímulos concretos, como ara-

ñas, alturas, sin especificar la situación; c) los cuestionarios que evalúan distintos tipos de respuesta suelen presentar una marcada escasez de respuestas de tipo motor.

### 3.2 CARACTERISTICAS DE LA EVALUACION MEDIANTE AUTOINFORME

Los inventarios de autoinforme y las escalas de evaluación constituyen instrumentos muy empleados en la evaluación de ansiedad. Pero, a pesar de su difusión los datos que se obtienen mediante este tipo de medias presentan una serie de dificultades.

- Los autoinformes contienen la información que suministra mediante el "Sistema de lenguaje preceptual" descrito por Lang (1977a). Sistema que incluye dos tipos de información: Por una parte, encontramos la información que proviene de respuestas motoras, actividad fisiológica y respuestas cognitivas, producidas por preguntas como "¿Tienes palpitaciones?", "¿Te sudan las manos?" o "¿Tienes pensamientos autocríticos?". Los datos obtenidos mediante este tipo de preguntas son objetivos, excepto en el caso de las cogniciones, pudiendo ser verificados independientemente. Por otra, encontramos la información que suministra la evaluación subjetiva de los tres componentes de respuesta primaria, mediante preguntas tales como "¿Te sientes ansioso o tenso?" y "¿Temes acudir a fiestas?". Las respuestas a este tipo de preguntas se emiten en función de una serie de factores subjetivos, como son las expectativas, los valores y otros aspectos cognitivos.

La primera dificultad que plantean los autoinformes estriba en que, habitualmente, no se han diferenciado con claridad estos dos tipos de información, produciéndose confusiones.

En muchos inventarios de autoinforme se incluyen preguntas de carácter subjetivo con el fin de obtener datos objetivos del comportamiento o conducta del sujeto. Al no encontrarse una correlación positiva entre tales datos y el comportamiento real, se sugiere, incorrectamente, que el problema se haya en las modalidades de respuesta que ofrece el autoinforme, en vez de en los procedimientos específicos de evaluación empleados.



Además de la fuente de datos (informe oral o escrito del sujeto), existen diversos factores que contribuyen a que se produzca una escasa correlación entre el autoinforme y el criterio. Será importante el modo en que se planteen las preguntas, así como el vocabulario utilizado para ello, ya que estará sujeto a la interpretación que haga la persona que realiza la prueba (Cronbach, 1960). En función de esta interpretación, el grado de distress necesario para clasificar una respuesta como índice de ansiedad, en lugar de cólera o depresión, variará de un sujeto a otro. Este efecto, conocido como "efecto-Barnum", será mayor cuanto menos específico y concreto sea el vocabulario empleado (Dmitruck, Collins y Clinger, 1973; Ulrich, Strachnick y Stainton, 1963).

Los inventarios en que se requiere que el sujeto emita su respuesta en función del grado o frecuencia (escalas tipo Lickert), ayudan a establecer una limitación en las respuestas, aunque, estas, aún permiten un considerable margen de subjetividad; como se muestra en el estudio realizado por Simpson en 1944. Simpson comprobó, en una muestra de estudiantes, que el 25% empleó el término "usualmente" sólo ante hechos que ocurrían, al menos el 90% de las veces, el 50% empleó el término ante hechos que ocurrían entre el 70 y el 90% de las veces, y el restante 25% lo aplicó a eventos que ocurrían menos del 70% de las veces. Esta misma variabilidad se encontró en los términos "frecuentemente", "algunas veces", "raramente" y "pocas veces".

Resumiendo, las preguntas que componen un inventario deben ser escritas en términos claramente definidos y las distintas elecciones de respuesta deben ser discretas y objetivas (que permitan un análisis cuantitativo) asegurando, así, respuestas exactas.

Una apropiada estructuración de los ítems es necesaria, pero no suficiente para obtener datos válidos. La información requerida por tales ítems debe ser beneficiosa para el sujeto. Es decir, el sujeto deberá observar originalmente su conducta y poste-

riormente, al emitir su respuesta, ser capaz de recordarla con exactitud. Pero, tanto en la fase de observación, como en la de almacenamiento de información, o en la de recuerdo, se produce una determinada distorsión. Por esto, no son pocos los trabajos que sugieren que las medidas de autoinforme proporcionan datos irreales e inexactos (Kazdin, 1974a; Lipinskiy Nelson, 1974).

Para dilucidar este aspecto sería necesario que se realizara una clara distinción entre los tipos de información que un autoinforme requiere del sujeto. Los inventarios en que se incluyen elecciones de respuesta cuantitativas (especialmente las de alta frecuencia), así como ítems del tipo: "número de personas evitadas cada día" o "cantidad de tartamudeo", no proporcionan datos exactos. Sin embargo, los ítems no cuantitativos de un autoinforme (por ejemplo, "tengo pensamientos negativos") y las elecciones de respuesta que implican bajo o nula frecuencia (por ejemplo, "lloro dos o tres veces a la semana"), pueden predecirse mucho más exactos (Bellack y Lombardo, 1984).

Otro factor que podría dificultar la medida mediante autoinforme, sería la longitud de las escalas. Escalas de nueve puntos serán más discriminativas y dignas de confianza que escalas de cinco o siete puntos (Horst, 1968).

En nuestra exposición hasta este punto, nos hemos centrado en la validez externa. En este contexto, un autoinforme es o no válido dependiendo del grado en que los datos obtenidos tras su aplicación se correspondan con el comportamiento real. Cuando lo que se trata de evaluar es la experiencia subjetiva del individuo, las respuestas en el autoinforme son "ipso-facto" válidas (excepto en aquellos casos en que el sujeto distorsiona deliberadamente sus respuestas).

La validez de la respuesta subjetiva debe encontrarse en su utilidad (¿qué puede hacer el experimentador con los datos que le proporciona?). Generalmente, cuanto más específicas sean las

preguntas (ejemplo: "¿Cuándo y dónde te sientes deprimido?") y cuanto más grandes sean los márgenes de cuantificación (ejemplo: "En una escala de 1 a 7 ¿cómo te consideras de ansioso?"), tanto más alto será el significado y la probabilidad de generalización de la respuesta.

### 3.3 CARACTERISTICAS DE LA EVALUACION DE LA CONDUCTA MOTORA.

La medida, para la evaluación de la conducta motora más recomendada, consiste en la observación directa de la conducta que se manifiesta en el ambiente natural. Pero este tipo de medida, presenta la dificultad de que el contexto situacional, en que se observa la conducta motora, raramente se encuentra bajo el control del experimentador. Además, la imposibilidad de estandarizar las distintas condiciones, impide realizar comparaciones válidas entre los sujetos.

Especialistas clínicos, han realizado investigaciones que proporcionarán métodos de laboratorio para conseguir una adecuada observación conductual bajo condiciones experimentales más controladas.

La medición de conductas en laboratorio implica condiciones experimentales estandarizadas, a) donde se presenta al sujeto un estímulo fóbico (serpiente, ascensor, escalera para subir,...), en caso de agorafobia o fobias específicas; b) o se le pide que interactúe con individuos (proponiendo citas, entrenándole en asertividad,...) en caso de fobias sociales. En el primer caso, la evaluación se realiza mediante medidas indirectas del comportamiento motor, incluyéndose la medición de la conducta de escape o evitación por medio de dimensiones espaciales o temporales. Generalmente para estos últimos desórdenes se emplean medidas directas.

#### 3.3.1 MEDIDAS DIRECTAS DE LA CONDUCTA MOTORA.

Paul (1969) fue el primero que empleó medidas sistemáticas y directas del comportamiento motor para la evaluación de ansiedad. Paul, en su estudio sobre ansiedad de habla, empleó la "Time Behavioral Checklist" (TBCL). La TBCL registra un total de veinte

conductas diferentes que reflejan tanto las respuestas fisiológicas directas (temblores, sudoración) como la ruptura de la actuación (tartamudeo). Estas conductas son evaluadas en función de su ocurrencia o no-ocurrencia. Se considera que una conducta ha ocurrido cuando ésta se manifiesta, al menos, durante 30 segundos sucesivos de habla. La suma de todas las conductas ocurridas, evaluadas en función de la amplitud del intervalo temporal en que se dan, proporciona una puntuación de ansiedad motora.

Paul encontró una alta fiabilidad correlacional del TBCL ( $r=95$ ) y modesta, pero significativa, fiabilidad en el "test-retest" de la misma ( $r=37$ ).

La TBCL y sus posteriores variantes se han empleado en numerosos estudios de ansiedad del habla, para valorar el índice de "ansiedad social" mostrado por los sujetos, y en la evaluación de fobias a serpientes e insectos.

Lombardo (1978), en su estudio, utilizó, además de la TBCL, una medida más global de la disrupción conductual.

Una segunda medida directa de la ansiedad motora es la propuesta por Mahl (1956), consistente en la proporción de disfluencia de habla. Esta medida indica la proporción de disfluencia (tartamudeos, bloqueos del habla, omisiones, repeticiones, etc.) que el sujeto emite en relación con el total de palabras pronunciadas en el transcurso de la conversación. Mahl (1956) aseguró que la proporción de disfluencias, así como el tiempo en que el sujeto permanecía en silencio, diferían significativamente durante la entrevista en función del aumento o descenso del grado de ansiedad.

Otra medida "razón de habla", muy relacionada con la anterior, se emplea a menudo para evaluar la ansiedad manifestada por el sujeto al hablar en público. Pero, generalmente, no se

han encontrado cambios significativos en la "razón de habla", tras seguir un tratamiento para reducir el nivel de ansiedad. Ello, puede deberse a la compleja relación existente entre "razón de habla" y ansiedad. Murray (1971) afirma que una curva en forma de "U" invertida describiría la relación entre stress y "razón de habla"

Un cuarto tipo de medidas lo constituyen aquellas que son destinadas a problemas más específicos, como la ansiedad interpersonal experimentada al asistir a una cita. La ansiedad interpersonal se evalúa al comparar las distintas actuaciones del sujeto, durante la aplicación de técnicas de "role-play". Existen muchas variaciones de las técnicas de "role-play", pero la estrategia básica suele mantenerse constante: Se describe al sujeto un escenario interpersonal, donde el investigador y el sujeto interactuarán representando papeles. En algunas versiones, la interacción cesa cuando el sujeto emite su respuesta, presentándose un nuevo escenario. En otras, la interacción se prolonga. Las descripciones de la escena y los párrafos cortos, que conforman el papel a representar, se suministran al sujeto por medio del experimentador "in vivo", de videotape o de audiotape.

Los distintos procedimientos empleados en las técnicas de role-play producirán diferentes niveles de ansiedad. Galassi y Galassi (1976) encontraron diferencias sustanciales en función de que la interacción, entre el sujeto y el experimentador, fuera breve o no. También afirmaron que cuando se empleaban, en las técnicas de role-play, interacciones en vivo, se provocaba más ansiedad que cuando estas se suministran mediante grabaciones. Bellack y Lombardo (1984) sugieren que el uso de videotape y audiotape produce datos anómalos y relativamente inservibles.

También es cuestionable la utilidad y validez de los datos obtenidos mediante técnicas de "role-play". Generalmente, los estudios defensores de la validez de las técnicas de role-play han observado la actuación de grupos de sujetos conocidos en dichas

técnicas, estableciendo diferencias entre ellos. Por ejemplo, el grupo de sujetos que concertaba pocas citas sociales, se consideró como el menos hábil heterosocialmente y más ansioso, que el grupo de sujetos que concertaba citas con mayor frecuencia (Arkowitz, Lichtenstein, Mc Govern y Hines, 1975; Borkovec y cols., 1974). Sin embargo, existe una serie sistemática de trabajos en los que se ha estudiado la validez de criterio de estas técnicas. Bellack y colaboradores (Bellack, Hersen y Lamparski, 1979; Bellack, Hersen y Turner, 1979 a,b) encontraron escasas correlaciones significativas entre diferentes conductas (asertividad y habilidad para concertar citas) en poblaciones de sujetos estudiantes y pacientes psiquiátricos. La investigación sobre la conducta asertiva, en otros laboratorios, ha corroborado estos resultados (Christoff y Edelstein, 1981). Resultados que limitan cualquier pretensión de validez de las técnicas de "role-play".

Una alternativa a los test breves de role-play es la utilización de interacciones (experimentador-sujeto) más prolongadas y menos estandarizadas, con ellas se pretende un mayor paralelismo con las situaciones que se producen en el entorno natural del sujeto. Por ejemplo, Bellack, Hersen y Lamparski (1979); y Arkowitz y cols. (1975) además de introducir variaciones en el contenido de los test de role-play, han mostrado como, en las interacciones prolongadas, se pueden observar variaciones en otras muchas dimensiones. Los efectos de estas variaciones son desconocidos, requiriendo de evaluación empírica.

Resumiendo, serán necesarias posteriores investigaciones que justifiquen la validez externa de las técnicas de role-play. Un tratamiento más completo de este tema lo encontramos en Bellack (1979).

### 3.3.2 MEDIDAS INDIRECTAS DE LA CONDUCTA MOTORA

La evitación o escape de situaciones u objetos inductores de miedo va acompañada, invariablemente de desórdenes de ansiedad. Por ello, la evitación es recomendada frecuentemente como una medida adicional (Barlow y Wolfe, 1981; Hugdahl, 1981). La evaluación del grado de evitación, mostrado por el sujeto, en casos de ansiedad social se ve limitada al autoinforme; debido a la dificultad que plantea la medida de estas conductas en laboratorio. Sin embargo, las fobias específicas y la agorafobia no presentan este tipo de problemas.

El sistema más utilizado para la evaluación de las respuestas de evitación ante estímulos fóbicos es el "Behavioral Avoidance Test" (B.A.T.). Este test de Evitación conductual fue empleado en un principio por Lang y Lazowik (1963). En este trabajo, sujetos con fobia a las serpientes eran instruidos en aproximarse, abrir la caja, tocar y coger una serpiente viva. La medida de ansiedad era la distancia final a que el sujeto era capaz de aproximarse a la serpiente, o el grado de manipulación de ésta.

Una variante de esta técnica la constituye el "Phobic Test Apparatus" (P.T.A.) de Levis (1969): En este caso se mueve el objeto fóbico en dirección al lugar en que se encuentra sentado el sujeto, mediante una cinta transportadora, hasta que este la para apretando un botón. Este sistema ofrece la ventaja de poder tomar registros fisiológicos simultáneos.

Los resultados obtenidos por el B.A.T. y el P.T.A. están altamente correlacionados (Borkovec y Craighead, 1971).

Estos procedimientos han sido ampliamente empleados ante un gran número de estímulos fóbicos específicos, como, arañas (Taylor, 1977), gatos (Whitehead y cols., 1978), etc.; aplicándose también a casos de fobia a las alturas (Ritter, 1970), claustrofobia y agorafobia (Emmelkamp y Emmelkamp-Benner, 1975;



Emmelkamp y Wessels, 1975; Emmelkamp, Kuipers y Eggeraat, 1978).

### 3.3.2.1 LIMITACIONES DE LOS TEST DE EVITACION CONDUCTUAL

A pesar de la gran difusión del B.A.T. y sus variantes, dos grandes problemas limitan la validez de los datos obtenidos mediante este test:

1. La susceptibilidad del sujeto ante las características de la demanda. Las características de la demanda afectan a la conducta del sujeto pero son irrelevantes para la tarea (Bernstein, 1973; Bernstein y Nietzel, 1974; Kazdin, 1973; Miller y Bernstein, 1972; Bellack y Lombardo, 1984).

2. La generalización de los resultados del B.A.T. a la conducta "in vivo" es muy cuestionable. (Kazdin, 1979; Lombardo y Bellack, 1978; Bellack y Lombardo, 1984).

#### 3.4. CARACTERISTICAS DE LA EVALUACION FISIOLOGICA

El arousal de la rama simpática del S.N.A. juega un papel privilegiado en la mayoría de las teorías de la emoción (Cannon, 1915; James, 1884; Schachter, 1964; Schwartz, 1978) y, generalmente, se considera que es un elemento central de la ansiedad. Por esta razón, la medición del arousal fisiológico debe incluirse en toda evaluación de ansiedad (Barlow y Wolfe, 1981).

Las distintas respuestas fisiológicas registradas, se corresponden con los cambios somáticos individuales producidos durante periodos de elevada ansiedad. Así, cuando se produce un incremento del tono muscular se manifiestan a menudo, fuertes dolores de cabeza; la vasoconstricción periférica derivará en "manos frías"; la reducción de la actividad gastrointestinal, conducirá al estreñimiento y a la sequedad de boca; —un incremento de la actividad de las glándulas sudoríparas y membrana epidérmica producirá sudor en la palma de la mano ("palmas viscosas"), y el aumento de la tasa cardíaca será percibido como "corazón palpitante". Los autoinformes de percepciones fisiológicas muestran una gran variedad de relaciones (como el Autonomic Perception Questionnaire, Mandler, 1972).

Las medidas más utilizadas en la evaluación de la ansiedad son la tasa cardíaca (TC) y las respuestas dermoeléctricas, aunque también se han utilizado la tasa respiratoria, la tensión muscular, etc.

Respecto a la tasa cardíaca, parece bastante comprobado que los sujetos muestran una notable aceleración ante la presencia de estímulos generadores de ansiedad (Paul, 1966; Grossberg y Wilson, 1968; Lang, Melamed y Hart, 1970; Borkovec, 1973; Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977), aunque tiene algunas limitaciones cuando los estímulos son presentados de forma imaginaria visual (Watson, Gaiend y Marks, 1972).

Dentro de las respuestas dermoeléctricas, las más utilizadas han sido las de resistencia y conductancia. Cuando se produce un aumento de ansiedad se incrementa la conductancia, o disminuye la resistencia (Barlow, Agras, Leitenberg, y Wincze, 1970; Lick y Katkin, 1976; Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977). Especial importancia tienen las fluctuaciones espontáneas de conductancia que ocurren en ausencia de estimulación específica. Se ha comprobado una alta relación entre la presencia de amenaza y el aumento de estas fluctuaciones, llegando a señalar algunos autores (Lick y Katkin, 1976) que pueden ser consideradas como un índice directo del estado transitorio de ansiedad. Información más detallada sobre estos aspectos pueden encontrarse en Carrobbles y Diez Chamizo (1981).

#### 3.4.1 VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS MEDIDAS FISIOLÓGICAS

Las medidas fisiológicas presentan las siguientes ventajas:

1. Debido a la naturaleza involuntaria de las respuestas fisiológicas, la medida está relativamente libre de las influencias voluntarias del sujeto.
2. Para algunos autores, la tasa cardíaca (TC), como medida imparcial, produce una evaluación de la ansiedad más válida y útil que el autoinforme (Andrasik y cols., 1980).
3. En suma, los registros fisiológicos, libres de sesgo y medidos con métodos objetivos, pueden ser completamente fiables.

Pero, en las medidas fisiológicas también aparecen una serie de inconvenientes:

En primer lugar, nos encontramos con la limitación que supone la necesidad de expertos en psicofisiología y de un equipo de aparatos adecuado para tomar registros fisiológicos.

Una segunda dificultad es que la mayoría de las medidas fisiológicas suelen obtenerse en laboratorios, de tal manera que se excluyen las evaluaciones "in vivo".

A pesar de que, generalmente, se considera que las medidas de las respuestas fisiológicas, siendo directas, no constituyen un índice sesgado de la ansiedad, tales medidas se enfrentan con muchos de los problemas que plantean las medidas de autoinforme y de conducta motora. La especificidad de los estímulos afecta, también, a las respuestas fisiológicas limitándose su generalización a las situaciones de evaluación. Así mismo, se ha observado como en las medidas fisiológicas influyen las características de la demanda aunque en menor grado que en los autoinformes o en las respuestas motoras.

#### 3.4.2 SELECCION DE LA RESPUESTA

Existen diversas respuestas fisiológicas que se ven afectadas por el arousal autónomo. Como Borkovec y cols. (1976) apuntaría, sería ideal que la medida de una respuesta simple sirviera de índice para otras más complejas. Desgraciadamente, la discordancia entre medidas del sistema de respuestas fisiológico, es tan alta como la existente entre los tres sistemas de respuesta. Lombardo y Bellack (1978) correlacionaron la TC, la frecuencia de respuestas de resistencia de la piel y la presión sanguínea (sistólica y diastólica) como medidas inmediatamente anteriores a dos situaciones diferentes, en la primera se requería que el sujeto hablara en el laboratorio, en la segunda que hablara en público.

Ninguna de las seis correlaciones tomadas para cada situación resultó estadísticamente significativa. Engel (1972) y Lacey, Bateman y Van Lenn (1953) identificaron dos fenómenos para calcular la disparidad entre respuestas. Por un lado, el "estereotipo de respuesta" que hace referencia a un patrón idiosincrático de respuesta ante numerosos estímulos del medio ambiente. Dentro de este patrón parece existir una tendencia hacia un determinado sistema de respuestas, que hace responder máximamente a un estímulo específico, es la llamada "especificidad de las respuestas".

Aunque estos dos patrones no aparecen en todos los individuos (Engel, 1972), sí se producen con la suficiente frecuencia como para delimitar relaciones generales de los sujetos basándose en la medida de las respuestas.

Un procedimiento adecuado para identificar estos patrones (estereotipo y especificidad de la respuesta) consiste en la medición de un amplio número de respuestas fisiológicas, y la posterior selección de aquellas en que el sujeto se muestre más reactivo.

### 3.5 RELACION ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE MEDIDA

Como anteriormente se ha señalado al hablar del problema de la desincronía o fraccionamiento de respuesta, cuando se llevan a cabo distintos tipos de medidas de la ansiedad (fisiológica, autoinformes, motoras) no se obtienen, por lo general, correlaciones significativas entre ellas. Ejemplo de ello serían los resultados encontrados por Martín (1961); Katkin (1965); Roeseler y cols. (1966); Shaffer (1970); Borkovec y cols. (1977); Fernández Ballesteros (1977); Fernández Ballesteros y cols. (1981).

Sin embargo, cuando se utiliza el mismo método, la concordancia aumenta, especialmente con los autoinformes, que generalmente, muestran altas correlaciones entre sí. (Sarason, 1960; Ruebush, 1963; Fdez.-Ballesteros, 1977; Fdez. Ballesteros y cols., 1981; Miguel Tobal y Cano Vindel, 1984b).

Rachman (1978, p.20) al referirse a las relaciones entre distintas medidas de miedo o ansiedad, señala que "los autoinformes correlacionan bien entre sí, moderadamente con las puntuaciones de miedo obtenidas a partir de jueces y con los test de evitación conductual; los autoinformes correlacionan modestamente con los índices fisiológicos; los índices fisiológicos correlacionan modestamente entre sí y más escasamente con la tensión muscular". La concordancia o sincronía entre distintas medidas aumenta en condiciones de ansiedad alta o extrema.

Centrándose en este aspecto de la falta de concordancia entre los distintos tipos de medida, Borkovec y col. (1977) analizaron conjuntamente los resultados encontrados en cinco importantes estudios en los que se realizaron distintas medidas de los tres sistemas de respuesta. Estos estudios eran los de Borkovec y Craighead (1971), sobre fobia a las serpientes; Paul (1966), Woy y Efran (1972), sobre ansiedad a hablar en público; Borkovec, Stone,

O'Brien y Kaloupek (1974), O'Brien (1975), sobre ansiedad social. Las medidas utilizadas incluirían:

1. Autoinformes: Termómetro de miedos. Diferencial de ansiedad. Cuestionario de percepción autonómica. Autoinforme de confianza como orador de Paul. Inventario E-R.
2. Conducta manifiesta: TBCL, disfluencias del habla, porcentaje de tiempo hablado, razón entre disfluencias y tiempo hablado y test de evitación conductual (BAT).
3. Medidas fisiológicas: Tasa del pulso, tasa cardiaca y sudor palmar.

Los resultados se muestran en la Tabla I

TABLA I

Razón entre las correlaciones significativas y el número total de correlaciones entre diferentes medidas de ansiedad.

	<u>Autoinforme</u>	<u>Conductual</u>	<u>Fisiológica</u>	
	Razón %	Razón %	Razón	%
Autoinforme	30/30 100	13/18 14,8	4/48	8,3
Conductual		13/36 36,1	5/53	9,4

(Tomado de Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977, p.402)

Los resultados expuestos en la tabla I concuerdan totalmente con lo indicado por Rachman (1978) y ya expuesto en este apartado.

En nuestro país, Fdez. Ballesteros (1977) llevó a cabo un estudio en el que se compararon distintos métodos:

- a) Medida fisiológica: R.P.G.
- b) Autoinformes: -Escala de Ansiedad de Cattell.  
-Cuestionario MAE de Pelechano.  
-EPI de Eysenck.
- c) Medida Proyectiva: Z-Test de Zulliger y Salomón.

Los resultados mostraron, según palabras de la propia autora, que "los distintos métodos de medida de ansiedad no aparecen en clara relación entre sí, excepción hecha de las medidas de ansiedad procedentes de Cuestionarios" (Fdez. Ballesteros, 1977, p.237).

En 1981, Fdez. Ballesteros y cols. llevan a cabo un segundo trabajo con un diseño mucho más complejo, en el que se buscan las relaciones entre los métodos de evaluación y las modalidades de respuesta. Se evaluaron los tres sistemas o modalidades de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) a partir de seis conductas. De estas, dos eran de contenido cognitivo y fueron evaluadas mediante autoinforme; otras dos de contenido fisiológico se evaluaron mediante tres métodos: autoinforme, observación por expertos y registros fisiológicos; por último, las dos de contenido motor fueron evaluadas a través de autoinforme y observación por expertos.

Las conclusiones a las que se llegó en este estudio, y cedemos de nuevo la palabra a los autores, fueron: "En resumen,



esta investigación en la que han sido analizadas las relaciones entre seis conductas procedentes de las tres modalidades de respuesta, al ser evaluadas a través de tres distintos métodos, variando el tipo de sujetos y la situación, no ha dado lugar a resultados especialmente satisfactorios con los que se comprueben las necesarias relaciones de los distintos métodos entre sí, al evaluar una misma conducta, ni las supuestas relaciones entre las modalidades de respuesta" (Fdez. Ballesteros y cols, 1981. p.90).

Pensamos, que estos resultados expuestos, que confirman la existencia de una desincronía debida a los distintos métodos de evaluación, deben ser cuidadosa y conjuntamente analizados con los referentes a la desincronía entre los distintos sistemas o modalidades de respuesta (ver apartado correspondiente). Esto indica que no es productivo seguir empleando indistintamente cualquier método de medida para evaluar cualquier sistema de respuesta. De esta forma, los autoinformes deberán emplearse para la evaluación cognitiva, pudiendo servir también como una primera aproximación a las modalidades fisiológica y motora; la evaluación motora debe llevarse a cabo, preferentemente, siguiendo métodos observacionales o derivados de éstos; por último, la evaluación fisiológica deber ser realizada principalmente mediante el empleo de técnicas de registro fisiológico.

Con el empleo de la técnica de evaluación más adecuada para cada conducta, podemos esperar una reducción de la desincronía; ya que la gran mayoría de los estudios de evaluación de ansiedad llevados a cabo hasta la fecha, muestran una alta desincronía, posiblemente derivada de los efectos aditivos de la desincronía entre métodos y la desincronía entre sistemas, además de las múltiples interacciones posibles entre ellos. En todo caso, la investigación sistemática en esta línea, permitiría la delimitación del porcentaje de desincronía producida por los distintos métodos y la debida a los distintos sistemas de respuesta, consiguiendo de esta forma una mayor comprensión de este fenómeno multidimensional, no unitario, al que llamamos ansiedad.

**4. EVALUACION DE LA ANSIEDAD MEDIANTE AUTOINFORME.**

#### 4.1 DIFICULTADES DE LA MEDICION A TRAVES DE AUTOINFORMES

El uso de cuestionarios y medidas de autoinforme en general fue fuertemente criticado por el conductismo de Watson y Skinner. Por otro lado, han sido el instrumento primordial en Psicología diferencial como base de sus técnicas psicométricas en el hallazgo y medición de rasgos.

No se puede criticar o defender de forma global a los cuestionarios o a las medidas de autoinforme sin que ello implique meter en el mismo saco a instrumentos altamente fiables, válidos y útiles, por un lado y poco fiables, poco válidos y poco útiles, por otro. Parece que lo que diferencia unos y otros es la especificidad de los ítems (situaciones, respuestas, etc.) que incluyen, el tipo de variable que evalúan, el tipo de operación mental que exigen al sujeto, el momento en el cual se produjo el evento sobre el que se informa (próximo, lejano), el tipo de elaboración o inferencia que sobre ellos realice el evaluador, el tipo de respuestas que exijan, y, por último, el tipo de criterio a través del cual se pretende establecer su bondad (Fernández Ballesteros, 1983).

Sin embargo, los cuestionarios están influidos por una serie de variables con independencia de su contenido. A estas variables genéricamente se les ha dado en llamar distorsiones de respuesta, y básicamente son:

- Simulación: el sujeto, conscientemente, desea falsear el resultado del autoinforme.
- Deseabilidad social: el sujeto, involuntariamente, da de sí mismo una respuesta consonante con una imagen aceptable desde el punto de vista social.
- Tendencias de respuesta: en función del tipo de respuesta exigido, y no del contenido de los ítems, el sujeto

tiende a responder en una forma relativamente fija, y que puede ser:

. Aquiescente:

Tendencia a responder SI o VERDADERO en las pruebas de dos alternativas.

. Con errores sistemáticos escalares:

Tendencia a responder en el centro (tendencia central) o bien, por el contrario, tendencia a responder en los extremos (severidad), en pruebas que utilicen escalas discretas de 4 o más alternativas.

Para los errores sistemáticos escalares existen procedimientos estadísticos de análisis y control de tales distorsiones en diseños de grupo, pero no así en evaluación conductual, donde se supone que actúan de la misma forma antes y después del tratamiento, por lo que se anularían.

La simulación o falseamiento es una de las fuentes de error más importantes.

Se han seguido una serie de estrategias para minimizar este factor:

- 1) Apelar mediante las instrucciones a la sinceridad del sujeto.
- 2) Construir escalas de mentiras dentro del cuestionario.
- 3) Validar la información con otras fuentes que no provengan del propio sujeto.
- 4) Minimizar las expectativas de éxito del sujeto sobre que prevalezca su falseamiento.
- 5) Tratar de disminuir la motivación que pueda tener para mentir.

#### 4.1.1 DESEABILIDAD SOCIAL Y AQUIESCENCIA

Son dos de los mayores problemas con que nos encontramos a la hora de pasar pruebas de personalidad de tipo autoinforme.

El sesgo de aquiescencia ha sido inicialmente estudiado en la escala F de California (Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson y Sanford, 1950). Y más tarde el MMPI (Block, 1965) se construyó neutralizado de este factor.

La aquiescencia también se puede estudiar como rasgo de personalidad. Para ello se elaboró la Escala General de Acuerdo de Couch y Keniston (1960).

Con respecto a la deseabilidad social, los trabajos pioneros se deben a Edwards (1953a, 1957, 1959, 1962). Se traza dos objetivos: primero, ver como, en cuanto estilo de respuesta (aquiescencia), contamina los datos, y, segundo, contruir escalas para evaluarlo como rasgo o componente de personalidad.

Con todo esto se ha demostrado que el primer factor del MMPI es interpretado como inclinación a lo socialmente deseable y que la escala de deseabilidad social exhibe correlaciones altas positivas o negativas con las principales escalas del MMPI. Por tanto, las escalas del MMPI están midiendo el mismo rasgo que esta escala de Deseabilidad Social en la medida en que están correlacionadas.

El fenómeno de la deseabilidad social y aquiescencia como sesgo han sido detectados y medidos, a la vez, en un mismo inventario. Por ejemplo, en la escala K del MMPI Fricke (1956) entiende que lo que se refleja es la aquiescencia, mientras que Fordyce (1956) asegura que recoge la tendencia a responder de manera deseable, por lo que Jackson (1957) concluye que la escala K contiene varianza de ambos estilos de respuesta.

Fierro (1982) realizó un estudio de estos estilos en el M.A.S. de Taylor.

Concluye:

- Los estilos de respuesta tienen efectos comparativamente pequeños frente a los del contenido (es más sólida esta conclusión con respecto al sesgo de aquiescencia y menor, y negativa, con respecto al de la deseabilidad. También esta última tendencia es más difícil de tratar experimentalmente. Concluye que esto no respalda la tesis situacionista.

En general, los procedimientos de manipulación de la deseabilidad consistirán en algún género de suministro de información, eventualmente falsa, a los sujetos, pero habrá tantos procedimientos cuantos tipos de información pertinente imaginable.

La polémica sobre el peso que tienen estas tendencias en la varianza total sigue en pie, lo que sí está claro es que la parte de conducta determinada por la personalidad, por la situación, o por su interacción, dependerá del tipo de situación y conducta, y de la secuencia temporal y conductual que se tome como unidad de análisis.

#### **4.1.2 REPRESION-SENSIBILIZACION**

Represión-sensibilización es una dimensión de personalidad que fue introducida como una explicación de las diferencias individuales observadas en estudios anteriores sobre defensa perceptual y vigilancia perceptual. Teóricamente, esta dimensión representa un continuo de aproximación a evitación en cuanto a estilo defensivo. En un extremo estarían mecanismos de evitación tales como represión, negación y racionalización. En el otro extremo

encontraríamos mecanismos de aproximación de intelectualización, obsesiones y rumiaciones.

Entre los muchos intentos de operativización de este constructo, el de Byrne y colaboradores ha sido el más influyente (Byrne, 1961, 1964; Byrne y cols., 1963). Para una revisión crítica metodológica de los estudios sobre represión véase Chabot, 1973.

La escala original de Byrne de Represión-Sensibilización (Byrne, 1961) se construyó a partir de otra anterior del MMPI. Esta escala luego fue modificada (Byrne, 1963).

Las personas que puntúan alto en represión tienden a informar de poca ansiedad en cuestionarios y a dar altos índices de desajuste en pruebas proyectivas. Además, parece que los sujetos represores necesitan de una cierta actividad para evitar la experiencia subjetiva de ansiedad; estos, a menudo, puede interferir con las habilidades de coping efectivo y, paradójicamente, generar respuestas conductuales y fisiológicas indicativas de alta ansiedad.

El problema es como afecta esta variable a la medición de ansiedad a través de cuestionarios.

Se han encontrado correlaciones en general muy altas entre la escala de Byrne y los cuestionarios de rasgo de ansiedad (MAS, STAI, IPAT), hasta el punto de que algunos autores concluyen que miden lo mismo. Esto iría en contra del poder discriminativo de la escala de Byrne para diferenciar entre sujetos verdaderamente bajos en ansiedad y represores.

Weinberger, Schwartz y Davidson (1979) proponen utilizar la escala de Byrne como medida de auto-informe de ansiedad y, para medir la defensividad represiva (que sería una dimensión distinta de la de rasgo de ansiedad), utilizar la escala de Marlowe-Crowne (1964) de Deseabilidad Social. Esta escala parece

que correlaciona con los cuestionarios de rasgo de ansiedad más moderadamente (entre  $-0,20$  y  $-0,45$ ) que la de Byrne. La escala de Deseabilidad Social junto con un cuestionario de rasgo de ansiedad, como el MAS, permitiría crear 4 grupos de sujetos: 1) represores (bajos en el MAS, altos en DS); 2) bajos en ansiedad (bajos en el MAS, bajos en DS); 3) altos en ansiedad (altos en MAS, bajos en DS), y 4) altos en ansiedad y defensivos (altos en MAS, altos en DS).

Weinberger y cols. (1979) encontraron útil esta distinción al estudiar los diferentes estilos de coping. Sus hipótesis eran:

1. Durante una tarea de asociación de frases (neutras, agresivas y sexuales), los represores comparados con los bajos en ansiedad tendrán más largos tiempos de reacción, más altas puntuaciones en perturbación verbal (evitación del contenido de las frases e interferencia en la producción de la respuesta), e incrementos mayores en la actividad de las glándulas sudoríparas de la palma de la mano, ritmo cardíaco, y tensión del músculo frontal. Estos efectos podrán encontrarse a través de los tipos de frases, pero serán más pronunciados en frases de contenido sexual o agresivo. Los sujetos moderadamente altos en ansiedad mostrarán un nivel intermedio de stress pero no exhibirán la evitación de los represores del contenido de las frases.
2. Los represores informarán de más baja ansiedad cognitiva que somática sobre el Cognitive Somatic Anxiety Questionnaire (Schwartz, Davidson y Goleman, 1978).
3. Los altos en ansiedad habrán aumentado y los represores disminuido su ansiedad autoinformada, 7 semanas después de terminar el experimento, sin incluir otras variables situacionales específicas.



Las hipótesis se cumplieron y los autores concluyen que es necesario diferenciar a los sujetos que puntúan bajo (especialmente) en cuestionarios de ansiedad, mediante una escala de Deseabilidad Social o defensividad, en represores y bajos de ansiedad. De esta distinción se derivan implicaciones no sólo para la medida sino para el tratamiento, en manejo de ansiedad o de stress.

Otros trabajos han replicado estos resultados, por ejemplo los de Asendorpf y Scherer (1983) y Grudjansson (1981).

#### **4.1.3 EVALUACION DE LOS TRES COMPONENTES**

Un sujeto puede informar sobre sus conductas o respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas. Y una de las formas de recoger esta información es a través de cuestionarios. Será necesario contrastarla con otras fuentes de información que no provengan del propio sujeto, pero su utilidad como primera información y sobre como percibe el sujeto sus respuestas de ansiedad es indudable.

Los cuestionarios de respuestas motoras o conductuales de ansiedad podrán y deberán ser validados mediante la observación por un experto o por personas allegadas al sujeto.

Las respuestas fisiológicas que el sujeto dice presentar pueden ser verificadas bien a través de registros en el laboratorio, bien a través de aparatos de telemetría en la vida real.

Tanto la observación como las medidas fisiológicas son pruebas más finas, sensibles y exactas a la hora de hacer una buena evaluación.

Sin embargo, la manifestación del sujeto sobre su experiencia subjetiva no es contrastable por otras fuentes ajenas al

sujeto. Es decir, prácticamente no contamos con pruebas independientes que nos sirvan de criterio a la hora de analizar, en sus contenidos, el mundo cognitivo del individuo. En ello, el autoinforme es el método prioritario y "directo" (al menos por el momento) a la hora de explorar contenidos mentales del ser humano. Por esta razón, actualmente los autoinformes están siendo rehabilitados (Fernández Ballesteros, 1983) ya que son la única vía de acceso a determinadas manifestaciones encubiertas del individuo.

Por último, recordar que los cuestionarios reflejarán de forma más fiable y válida las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras cuanto más precisas sean las descripciones de las situaciones en las que se producen dichas respuestas.

#### **4.2 REVISION DE ESCALAS**

A continuación se presenta una revisión de las distintas escalas utilizadas en la medida de ansiedad. Algunas son de uso frecuente en nuestro país; otras han sido recientemente traducidas y adaptadas para este fin; y de otras no existe aún traducción.

Se acompaña una ficha para cada escala que incluye los datos más relevantes, tales como autor, versión española, descripción de la prueba, corrección y datos estadísticos. Así mismo, se presenta una copia de cada escala, excepto de aquellos casos en que aún no existe traducción.

## 4.2 REVISION DE ESCALAS

### 4.2.1 Escalas de rasgo y estado.

#### 4.2.1.1 Escalas de rasgo general.

- 1) Escala de Ansiedad Manifiesta (MAS) de Taylor.
- \*2) Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS).
- 3) Escala de valoración de la ansiedad de Hamilton.
- 4) Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad (STAI) Rasgo.

#### 4.2.1.2 Escalas de estado.

- 5) Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad (STAI) Estado.
- \*6) Cuestionario de Ocho Estados (8SQ) de Cattell.
- 7) Escalas de SAS de Zung.

#### 4.2.1.3 Escalas de rasgo específico.

- 8) Escala de Preocupación-Emocionalidad Revisada (RWES).
- 9) Test Anxiety Scale (TAS) de Sarason
- \*10) Test Anxiety Inventory (TAI) de Spielberger.
- 11) Escala de Ansiedad General para Niños (GASC) de Sarason.
- 12) Test Anxiety Scale (TASC) de Sarason y cols.
- 13) The Boxall Test of School Anxiety.

- \*14) Teaching Anxiety Scale (TCHAS) de Parsons.

#### 4.2.2 Inventarios S-R

- 15) Reacciones de los los Individuos a las Situaciones (IRS-2).
- 16) Inventario de Ansiedad Estímulo-Respuesta (S-R IA).
- 17) Inventario de Actitudes hacia Situaciones Generales.
- 18) Inventario de Actitudes hacia Situaciones Diversas.

#### 4.2.3 Cuestionarios conductuales.

##### 4.2.3.1 Generales.

- 19) Inventario de Personalidad de Willoughby.
- 20) Cuestionarios de Temores de Wolpe (FSS).
- 21) Inventario de Temores para niños de Philips.
- 22) Cuestionario de Pensamientos de Cautela (TSSS).
- 23) Inventario de Indicadores Psicofisiológicos de Cautela
- 24) Cuestionario de Síntomas de Ansiedad (ASQ) de Lehrer y Woolfolk.

##### 4.2.3.2 Específicos.

- 25) Escala de Ansiedad en la Interacción de Leary.
- 26) Escala de Ansiedad ante un Público de Leary.
- 27) Cuestionario de Situaciones Sociales

- 28) Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE)
- 29) Escala Abreviada de Temor a la Evaluación Negativa (BFNE).
- 30) Autoinforme sobre la Seguridad al Hablar en Público (PRCS)
- 31) Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD)
- 32) Test de Automanifestaciones en la Interacción Social (SISST)

#### 4.2.3.3 Situacionales

- 33) Cuestionario de Percepción Autonómica (APQ)
- 34) Nivel General de Ansiedad, Termómetro de Miedos (USA)
- 35) Autoverbalización (Av)
- 36) Diferencial Semántico de Ansiedad (AD)
- 37) Cuestionario de Percepción Somática Modificado (MSPQ)

NOTAS: 1. Las escalas cuyo número de orden va subrayado son escalas que han nacido dentro del modelo médico.

2. Las escalas de las que no se posee traducción están indicadas con un asterisco.

#### 4.2.1 ESCALAS DE RASGO Y ESTADO

##### 4.2.1.1 Escalas de rasgo general.

- 1) Escala de Ansiedad Manifiesta (MAS) de Taylor.
- 2) Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS).
- 3) Escala de valoración de la ansiedad de Hamilton.
- 4) Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad STAI Rasgo.

##### 4.2.1.2 Escalas de estado.

- 5) Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad (STAI) Estado.
- 6) Cuestionario de Ocho Estado (8SQ) de Cattell.
- 7) Escalas de SAS de Zung.

##### 4.2.1.3 Escalas de rasgo específico.

- 8) Escala de Preocupación-Emocionalidad Revisada (RWES).
- 9) Test Anxiety Scale (TAS) de Sarason
- 10) Test Anxiety Inventory (TAI) de Spielberger.
- 11) Escala de Ansiedad General para Niños (GASC) de Sarason.
- 12) Test Anxiety Scale (TASC) de Sarason y cols.
- 13) The Boxall Test of School Anxiety.
- 14) Teaching Anxiety Scale (TCHAS) de Parsons.

### ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA

#### 1. AUTOR:

Taylor, J. (1953): A personality scale of manifest anxiety. Journal of abnormal and social psychology, 48, 285-290

#### 2. VERSION ESPAÑOLA:

Existen varias, la mayor parte de ellas anónimas.

#### 3. DESCRIPCION:

Fue construida originalmente por Taylor en 1951. Una serie de clínicos seleccionaron aquellos items del MMPI que fueran índices de ansiedad manifiesta. La escala sufrió varias modificaciones hasta llegar a la forma actual. Ha sido la más popular escala de rasgo de ansiedad durante muchos años. Con ella se ha ido intentando operativizar el concepto de "drive" o impulso (Pelechano, 1973; Bermúdez, 1977). No siempre esta operativización ha sido adecuada. Los 50 items que recoge abarcan una serie de respuestas a una variedad de situaciones no específicas.

En su construcción subyacen varias ideas: 1) Existe un nivel de ansiedad o emocionalidad interna relativamente constante; 2) Su intensidad puede ser medida con un test de papel y lápiz consistente en items que describan los "síntomas manifiestos". La medida de este estado general de ansiedad sería un adecuado predictor de la presencia y efectos de las respuestas de ansiedad en cualquier situación. Esto no siempre se confirma. Además, existen diferencias intraindividuales de una situación a otra.



#### 4. CORRECCION:

Se suma un punto por cada coincidencia con la plantilla.

#### 5. DATOS:

Los datos que se ofrecen a continuación son del autor de la escala y provienen de una muestra de 1971 estudiantes de la Universidad de Iowa. No hubo diferencias significativas entre sexos, si bien la media de las mujeres fue algo superior. Se hallaron coeficientes test-retest para distintas submuestras. Para la versión inicial de 65 items:

- $R_{xx} = .89$  ;  $N = 59$  ; período de tres semanas.
- $R_{xx} = .82$  ;  $N = 113$  ; período de cinco meses.
- $R_{xx} = .81$  ;  $N = 50$  ; período de 9 a 17 meses.

Para la versión definitiva de 50 items se encontró una fiabilidad test-retest de .88 en una muestra de 179 sujetos con un intervalo de cuatro semanas.

M. A. S.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Conteste a los ítems de este cuestionario rodeando con un círculo la letra V (verdadero), si se trata de algo que le ocurre a Ud. habitualmente, o la letra F (falso), si la frase no se aplica a Ud. Conteste todos los ítems.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. No me canso fácilmente   | V | F |
| 2. A menudo me siento mal del estómago                                      | V | F |
| 3. Me suelo poner tan nervioso como los demás                               | V | F |
| 4. La cabeza me duele poco  | V | F |
| 5. Habitualmente trabajo en tensión   | V | F |
| 6. Me cuesta concentrarme en una cosa                                       | V | F |
| 7. Me preocupan problemas de dinero   | V | F |
| 8. Con frecuencia me tiemblan las manos al hacer algo                       | V | F |
| 9. Me sonrojo tanto como los demás  | V | F |
| 10. Tengo diarrea una vez al mes o más                                      | V | F |
| 11. Me suelo preocupar por posibles desgracias                              | V | F |
| 12. Nunca me sonrojo  | V | F |
| 13. A menudo tengo miedo de ponerme colorado                                | V | F |
| 14. Muchas noches tengo pesadillas  | V | F |
| 15. Generalmente tengo las manos y los pies calientes                       | V | F |
| 16. Sudó fácilmente, incluso en días fríos                                  | V | F |
| 17. Cuando me pongo nervioso empiezo a sudar, y eso me hace sentir violento | V | F |
| 18. No suelo tener palpitaciones, y es raro que me quede sin respiración    | V | F |
| 19. Casi siempre tengo hambre   | V | F |
| 20. Estoy enfermo con frecuencia  | V | F |
| 21. Tengo problemas con el estómago   | V | F |
| 22. A veces, los problemas me quitan el sueño                               | V | F |
| 23. Mi sueño es agitado y ligero  | V | F |
| 24. Con frecuencia sueño cosas que no me gustaría contar                    | V | F |

25. Me pongo violento con facilidad	V	F
26. Mi sensibilidad es más vulnerable que la de los demás	V	F
27. A menudo me encuentro muy preocupado por las cosas	V	F
28. Me gustaría ser tan feliz como los demás	V	F
29. Soy tranquilo y calmado	V	F
30. Llora con facilidad	V	F
31. Casi siempre estoy preocupado por alguien o por algo	V	F
32. Siempre estoy contento	V	F
33. Me pone nervioso esperar	V	F
34. A veces estoy tan nervioso que no puedo estar sentado mucho tiempo	V	F
35. Los nervios no me dejan dormir	V	F
36. A veces siento que tengo tantos problemas que no puedo superarlos	V	F
37. A veces me he preocupado más de la cuenta por cosas que no merecían la pena	V	F
38. No soy tan miedoso como mis amigos	V	F
39. Me preocupo por cosas innecesarias	V	F
40. A veces me siento inútil	V	F
41. Me cuesta concentrarme en el trabajo	V	F
42. Estoy más seguro de mí mismo que la mayoría de los demás	V	F
43. Soy la típica persona que se complica la vida	V	F
44. Soy una persona muy nerviosa	V	F
45. A menudo la vida es una dura prueba para mí	V	F
46. A veces creo que soy malo	V	F
47. No me fío totalmente de mí mismo	V	F
48. A veces siento que me voy a derrumbar	V	F
49. No me gusta enfrentarme a los problemas o tener que tomar decisiones	V	F
50. Estoy seguro de mí mismo	V	F

REVISED CHILDREN'S MANIFEST ANXIETY SCALE (RCMAS).

**1. AUTORES:**

Reynolds, C.R. y Richmond, B.O. (1978): What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. Journal of abnormal child psychology, 6, 271-280.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

**3. DESCRIPCION:**

Esta escala tiene su origen en una versión infantil del MAS (Taylor, 1953), creada por Castaneda, McCandless y Palermo (1956): Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS). En el año 1978 Reynolds lleva a cabo una revisión de la escala y desde entonces ha realizado varios trabajos (Reynolds y Richmond, 1979; Reynold, 1980; Reynolds y Paget, 1981; Reynolds y Paget, 1982) acerca de la baremación, fiabilidad, validez y reorganización de la escala (eliminando, añadiendo y reescribiendo items), haciendo especial hincapié en la validez de contenido y de constructo.

**4. CORRECCION:**

**5. DATOS:**

En una muestra de 86 estudiantes de tercer y cuarto grado (47 niños y 39 niñas) se obtuvieron correlaciones de .65 (niños) y .67 (niñas) con el STAI -rasgo. El análisis factorial (Reynolds y Richmon, 1979; Reynolds y Paget, 1981) de la escala revela tres subescalas de ansiedad (Physiological anxiety, Worry/oversensi-

tivity, y Concentration anxiety), y un gran factor de ansiedad general.

### ESCALA DE VALORACION DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON.

#### 1. AUTOR:

Hamilton, W. (1959). British Journal of Medical Psychology 32, 50-55.

#### 2. VERSION ESPAÑOLA:

PFIZER, S.A. Departamento médico. Madrid.

Puede encontrarse en Fernández Ballesteros (1983).

#### 3. DESCRIPCION:

Se trata de una escala para psiquiatras que valora una serie de síntomas que se supone son las manifestaciones del constructo de ansiedad. Se han hecho análisis factoriales de esta escala (Pichot y cols. 1981) y parece que hay dos bloques de síntomas: cognitivos y somáticos. Hay que destacar que no es el paciente quién evalúa sus síntomas, sino el psiquiatra, basándose en su experiencia clínica. Cada ítem engloba una serie de síntomas que el psiquiatra debe evaluar en su conjunto, según la intensidad de todos ellos.

Abundan los términos médicos incomprensibles para el paciente. Muchos síntomas no han aparecido jamás en escalas de ansiedad construidas por psicólogos.

#### 4. CORRECCION:

El psiquiatra evalúa la intensidad de subconjuntos de síntomas según su experiencia clínica o siguiendo unas indicaciones sobre una escala de 5 puntos. Al final se extrae una puntuación total, otra de ansiedad psíquica y otra de ansiedad somática.

#### 5. DATOS:

# ESCALA DE HAMILTON PARA VALORAR LA ANSIEDAD

(Br. J. Med. Psychology 32, 50-55, 1959)

PFIZER, S. A.  
Departamento Médico  
MADRID

Investigador: \_\_\_\_\_ Producto: \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Historia n.º \_\_\_\_\_

FECHA:					
Estado de ánimo ansioso					
Tensión					
Temores					
Insomnio					
Intelectuales (cognitivos)					
Estado de ánimo deprimido					
Somático general (muscular)					
Somático general (sensorial)					
Síntomas cardiovasculares					
Síntomas respiratorios					
Síntomas gastrointestinales					
Síntomas genitourinarios					
Síntomas autónomos					
Comportamiento general en la entrevista					
Comportamiento fisiológico en la entrevista					
TOTAL PUNTOS					

La intensidad del síntoma se valora de 0 a 4 puntos.

0 = Ausente    1 = Leve    2 = Moderado    3 = Marcado    4 = Muy marcado

## Estado de ánimo ansioso

Preocupaciones  
Irritabilidad de la piel  
Irritabilidad

## Tensión

Sensación de tensión  
Fatigabilidad  
Incapacidad de relajarse  
Respiración irregular  
Cansancio fácil  
Temblores  
Sensación de inquietud

## Temores a:

Oscuridad  
Estruendo  
Quedarse solo  
Animales grandes, etc.  
Tráfico  
Multitud

## Insomnio

Dificultad para dormir  
Sueño interrumpido  
Sueño inquieto y conmovido al despertar  
Escasos  
Frecuentes  
Terribles

## Intelectuales (cognitivos)

Dificultad para concentrarse  
Baja memoria

## Estado de ánimo deprimido

Pérdida de interés  
Incapacidad de disfrutar  
Depresión  
Desesperanza  
Sentirse derrotado

## Somático general

### (muscular)

Dolores y molestias musculares  
Dolores musculares  
Contracciones musculares  
Sensación de rigidez  
Crujeo de músculos  
Voz cambiante

### Somático general

#### (sensorial)

Tinidos (acústicos)  
Visión borrosa  
Ondas de calor y frío  
Sensación de debilidad  
Bataqueos

## Síntomas cardiovasculares

Taquicardia  
Palpitaciones  
Dolor en el pecho  
Latidos  
Sensación de demora  
Falta de latidos

## Síntomas respiratorios

Opresión torácica  
Sensación de ahogo  
Soplos  
Dolor

## Síntomas gastrointestinales

Dificultad para tragar  
Dolor en el estómago y después de comer, ardor, flatos, flatulencia, sensación de vacío, náuseas, vómitos, digestión lenta y pesada

## Síntomas genitourinarios

Disminución de la libido  
Dolor en la zona genital

## Síntomas genitourinarios

Disminución de la libido  
Dolor en la zona genital  
Disminución de la libido  
Dolor en la zona genital  
Disminución de la libido  
Dolor en la zona genital

## Síntomas autónomos

Sensación de calor  
Rubor  
Palidez  
Tendencia a sudar  
Vertigo  
Calor torácico  
Entumecimiento del pelo

## Comportamiento en la entrevista

General  
Tono, no relajado  
Jerga con los nervios, ideas cognitivas, vacilaciones o palabras repetidas, temblores de manos, ojos fríos, cara roja  
Tono muscular aumentado  
Respiración ruidosa  
Palidez facial

## FISIOLÓGICO

Tregor salivario  
Erector  
Pulso acelerado en reposo  
Respiración acelerada  
Sudoración excesiva  
Temblor  
Pupilas dilatadas  
Enrojecimiento  
Sudoración  
Falta de palidez



### INVENTARIO DE ESTADO-RASGO DE ANSIEDAD (STAI)

#### 1. AUTORES:

Spielberger, C.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970): Manual for State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

#### 2. VERSION ESPAÑOLA:

- Nicolás Seisdedos Cubero. T.E.A.
- Bermúdez (1977, 1983).

#### 3. DESCRIPCION:

Se compone de dos escalas auto-aplicadas, una que mide el estado y otra que mide el rasgo de ansiedad. Ambas constan de 20 items cada una. En la de estado se invita al sujeto a que evalúe la intensidad de una serie de sentimientos o estados en relación al momento de la evaluación. En la de rasgo, debe evaluar la frecuencia con que, en general, se manifiestan en él las 20 frases descriptivas.

Si se pasan las dos escalas juntas se recomienda pasar primero la de Estado por ser ésta más sensible que la de Rasgo.

En la investigación se pueden cambiar las instrucciones de la escala de Estado y referir la evaluación a una situación o momento determinados. Y si se requieren muchas medidas del estado, podrían pasarse 4 ó 5 items que pueden proporcionar medidas válidas del estado de ansiedad.

Duración: aproximadamente unos 15 minutos (si se pasan las dos).

Aplicación: adolescentes y adultos con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.

#### 4. CORRECCION:

Se suman las puntuaciones de todos los items, invirtiendo previamente el sentido de las puntuaciones de aquellos items que están redactados en forma que no implican ansiedad. Estos items son:

- a) Para la escala de estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.
- b) Para la escala de rasgo: 1, 6, 7, 10, 13, 16 y 19.

#### 5. DATOS:

Tipificación: con muestras de cada sexo de escolares, de población general de adultos, de pacientes de neuropsiquiatría y de medicina general y cirugía, así como de jóvenes reclusos en cárceles.

Material: la edición comercial de T.E.A. incluye: manual, ejemplares de la prueba y plantillas de corrección.

Fiabilidad: coef. alfa (KR-20): entre .83 y .92

Test-retest: en el intervalo entre el test y el retest se sometió a distintas pruebas; esto hizo que aunque la fiabilidad en el A/R fuera relativamente buena, la fiabilidad A/E se viera muy afectada por los factores situacionales.

## Validez concurrente:

	Var.Univ.	Muj.Univ.
Correlaciones entre STAI A/R-IPAT:	.76	.75
STAI A/R-TMAS:	.79	.80
STAI A/R-AACL:	.58	.57
STAI A/P- 8SQ:		.29
STAI A/E- 8SQ:		.88

en la adaptación española.

## Análisis factoriales:

1) J. Bermúdez (1978b): con los 40 elementos del STAI (los de rasgo y los de estado) obtuvo 4 dimensiones:

I: ansiedad como estado de nerviosismo, tensión, preocupación....

II: ansiedad en su componente eufórico (animación, ...)

III: estabilidad (no cambios de humor sin necesidad de control).

IV: componentes depresivos.

El factor II facilita el rendimiento en tareas difíciles.

El factor III facilita el rendimiento en tareas fáciles.

2) S. Urraca (1981) separando los 20 elementos de cada escala del STAI halló en cada grupo dos dimensiones similares a las de Bermúdez.

3) En la adaptación de T.E.A. se han obtenido 4 dimensiones similares a las de Bermúdez (1978):

1. Ansiedad Estado Afirmativo (nerviosismo, tensión, preocupación e intranquilidad).

2. Ansiedad Estado Negativo (activación positiva, animación, , bienestar, satisfacción y confianza en sí mismo).
3. Ansiedad Rasgo Afirmativo (melancolía, desesperanza y sentimientos de incapacidad).
4. Ansiedad Rasgo Negativo (estabilidad y ausencias de cambios de humor).

## QUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION

STAI (Forma SK-1)

Nombre: ..... Apellido: .....

INSTRUCCIONES: Algunas de las descripciones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre un círculo alrededor - del número a la derecha de la frase, indicando cómo se siente usted ahora mismo, o sea, en es te momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase para tratar de dar la respuesta que mejor describe - sus sentimientos ahora.

	No en absoluto.	Un poco .....	bastante .....	Mucho .....
1. Me siento calmado .....	1	2	3	4
2. Me siento seguro .....	1	2	3	4
3. Estoy tenso .....	1	2	3	4
4. Estoy contrariado .....	1	2	3	4
5. Estoy a gusto .....	1	2	3	4
6. Me siento alterado .....	1	2	3	4
7. Estoy preocupado por algún posible contratiempo.	1	2	3	4
8. Me siento descansado .....	1	2	3	4
9. Me siento ansioso .....	1	2	3	4
10. Me siento confortable .....	1	2	3	4
11. Tengo confianza en mí mismo .....	1	2	3	4
12. Me siento nervioso .....	1	2	3	4
13. Me siento agitado .....	1	2	3	4
14. Me siento excitable .....	1	2	3	4
15. Me siento reposado .....	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho .....	1	2	3	4
17. Estoy preocupado .....	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido .....	1	2	3	4
19. Me siento alegre .....	1	2	3	4
20. Me siento bien .....	1	2	3	4

## CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION

STAI (Forma SX-2)

Nombre: ..... Fecha: .....

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y trace un círculo alrededor del número a la derecha de la frase, indicando cómo se siente usted generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Costa nunca ...	Algunas veces.	A menudo .....	Costa siempre...
21. Me siento bien .....	1	2	3	4
22. Me siento mal .....	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar .....	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente .....	1	2	3	4
26. Me siento descansado .....	1	2	3	4
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada...	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan -- hasta el punto de no poder superarlas .....	1	2	3	4
29. Me preocupa demasiado por cosas sin importancia.	1	2	3	4
30. Soy feliz .....	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho .....	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo .....	1	2	3	4
33. Me siento seguro .....	1	2	3	4
34. Trato de afrontar las crisis y dificultades ...	1	2	3	4
35. Me siento melancólico .....	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho .....	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan .....	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza .....	1	2	3	4
39. Soy una persona estable .....	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado .....	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE OCHO ESTADOS (8S.Q.)

**1. AUTOR:**

Institute for Personality and Ability Testing (1971. 2ª ed. 1974): Eight State Questionnaire (8SQ). Illinois.

Ver también: Cattell (1973): Personality and Mood by Questionnaire. [Lima].

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

**3. DESCRIPCION:**

Ofrece una medida de estados emocionales. Su construcción está basada en dos tipos de técnicas factoriales: la primera consiste en medir  $m$  variables en una población  $N$ , en dos ocasiones separadas y espaciadas como para poder medir cambios en los estados emocionales; la segunda es una técnica longitudinal que mide cambios emocionales de un individuo en varias ocasiones. Por tanto, es útil tanto para medir cambios emocionales de un sujeto a través del tiempo, como de un sujeto a través de distintas situaciones. Existen dos formas paralelas del cuestionario. Contiene ocho escalas: Ansiedad (malestar emotivo, preocupación, molestias orgánicas, mal humor, etc.), Stress, Depresión, Arousal, Extraversión, Fatiga, Culpa y Regresión.

Sandín (1981) informa de elevadas correlaciones entre las escalas. Cada escala posee 12 items, lo cual ofrece la posibilidad de una medida de ansiedad (utilizando la escala aislada) muy rápida.

**4. CORRECCION:****5. DATOS:**

Sandín informa de una fiabilidad test-retest de .90 para el total del test. La correlación entre el STAI-estado y la escala de ansiedad del 85Q es de .876 en una situación basal (no generadora de stress) y de .815 en una situación estresante.



### ESCALA S.A.S. DE ZUNG

#### 1. AUTOR:

Zung, W.W.K. (1971): A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.

#### 2. VERSION ESPAÑOLA:

Laboratorio Substancia

#### 3. DESCRIPCION:

Se trata de una escala de 20 items que recogen los síntomas de ansiedad de pacientes psiquiátricos, redactados en el lenguaje común del paciente, y sobre los que éste debe evaluar la frecuencia con que le han molestado en los últimos 15 días. No se trata pues de una escala de rasgo, sino de una autoestimación del paciente acerca de sus síntomas en los últimos 15 días.

Hay 15 síntomas redactados en forma positiva y otros 5 en forma negativa (5, 9, 13, 17, 19).

La estimación se hace sobre una escala de cuatro puntos en función del tiempo que se ha visto afectado el paciente por cada síntoma (desde "ninguna o pequeña parte del tiempo" hasta "casi todo el tiempo").

El manual recoge una tabla de equivalencias entre puntuaciones directas y puntuaciones referidas a una escala de 25 a 100 (índice SAS). También incluye otra tabla de equivalencia entre el índice SAS y la impresión global o clínica (ansiedad normal, moderada, severa y extrema).

Por último remarcar su carácter clínico psiquiátrico.

#### 4. CORRECCION:

Cada categoría estimada por el paciente se evalúa con una escala de 1 a 4 (si el ítem es directo) o de 4 a 1 (si el ítem está redactado de forma que indica ausencia de síntomas).

Una vez obtenidas todas las puntuaciones de todos los ítems, se suman y esta puntuación directa total se transforma mediante unas tablas en el índice SAS. En realidad, esta tabla lo que hace es dividir la puntuación directa total por 80 y multiplicarla por 100.

#### 5. DATOS:

(Arjona y Cano, sin publicar).

Sobre una muestra de 62 sujetos de nivel socio-cultural medio-bajo la correlación con el MAS de Taylor fue 0.69

		INDICE DE LA ESCALA (SAS)			
NOMBRE	FECHA	Ninguna o pequeña parte del tiempo	Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Casi todo o todo el tiempo
1. Me siento más nervioso o ansioso de lo normal					
2. Me siento asustado sin motivos					
3. Me trastorno o siento pánico con facilidad					
4. Siento que me desmorono					
5. Siento que todo marcha bien, y que no sucederá nada malo					
6. Mis brazos y piernas tiemblan y sufren sacudidas					
7. Siento dolores de cabeza, cuello y espalda					
8. Me siento débil, y me canso fácilmente					
9. Me siento tranquilo, y puedo permanecer quieto					
10. Siento que mi corazón está acelerado					
11. Me molesta la sensación de mareo					
12. Me desmayo, o siento que voy a desmayarme					
13. Puedo respirar con facilidad					
14. Siento entumecimiento y hormigueos en las puntas de los dedos					
15. Me molestan los dolores de estómago o la indigestión					
16. Tengo que orinar a menudo					
17. Generalmente tengo las manos calientes y secas					
18. La cara se me pone caliente y roja					
19. Me duermo con facilidad y descanso bien por la noche					
20. Tengo pesadillas					

REVISED WORRY - EMOTIONALITY SCALE

## 1. AUTORES:

Morris, L.W.; Davis, M.A. y Hutchings, C.H. (1981): Cognitive and Emotional of Anxiety: Literature Review and a Revised Worry-Emotionality Scale. Journal of Educational Psychology. 1981. V.73. Nº 4. 541-555.

## 2. VERSION ESPAÑOLA:

Antonio González.

## 3. DESCRIPCION:

El propósito de la escala es medir el estado de ansiedad ante situaciones de evaluación (test anxiety) a través de dos escalas: Worry (Cognitiva) y Emotionality (Emocional o Fisiológica). Los autores parten de un estudio factorial de un conjunto de items provenientes del TAI de Spielberger (1970), del inventario de Osterhouse, y de un cuestionario anterior de los autores (Liebert y Morris, 1967). Las técnicas factoriales utilizadas fueron rotación ortogonal y oblicua y el método de "componentes principales". Partiendo de 47 items ofrecen una escala final de 10 (5 por cada escala), muy útil por su brevedad y alta consistencia interna.

Los items de la escala cognitiva hacen referencia a expectativas negativas específicas, en áreas como la preocupación por el rendimiento, autoevaluación y otras. Los items de la escala emocional hacen referencia a reacciones específicas fisiológicas y somáticas, así como al uso de términos como sobreexcitación, nerviosismo, y estados afectivos negativos.

La contestación a cada ítem viene expresada en una escala de 1-5, siendo el 5 en todos los casos la puntuación que refleja mayor grado de ansiedad.

#### 4. CORRECCION:

Se suman los puntos de cada ítem dentro de cada escala por separado, pudiendo obtenerse un índice global sumando estos resultados.

#### 5. DATOS:

Consistencia interna de las escalas: .81 para la escala Worry, y .86 para la escala Emotionality. La media y desviación típica en una muestra de 222 universitarios fue de 12.43 (4.68) para la escala Worry, y de 9.17 (4.37) para la escala Emotionality. Ambas escalas correlacionan entre sí .48, que aunque es digna de tener en cuenta es la menor encontrada en este tipo de escalas.

ESCALA COGNITIVO - EMOCIONAL REVISADA

Instrucciones: Indica, a la izquierda de cada una de las siguientes oraciones, tus sentimientos, actitudes y pensamientos, tal y como los percibes en este momento, en relación con la prueba que vas a realizar.

Utiliza la siguiente escala numérica:

- 1- No describe mi estado presente.
- 2- Apenas perceptible en mi estado presente.
- 3- Presente de forma moderada.
- 4- Intensamente presente.
- 5- La descripción es muy acertada; la frase describe mi estado actual muy bien.

- Siento que mi corazón late deprisa. (E)
- Me siento decaído. (N)
- Estoy tan tenso que siento molestias en el estómago. (E)
- Tal vez tendría que haber estudiado más para este examen. (N)
- Me siento desasosegado e inquieto. (E)
- Siento que voy a decepcionar a algunas personas. (N)
- Estoy nervioso. (E)
- Siento que no haré el examen todo lo bien que podría. (N)
- Siento pánico. (E)
- No confío mucho en mi rendimiento en el examen. (N)

Nombre .....

Fecha .....

Apellidos .....

Grupo .....

## PUNTUACIONES

Cognitiva (N):

Emocional (E):

Total .....

**TEST ANXIETY SCALE (T.A.S.)****1. AUTOR:**

Sarason, I.G. (1978). The Test Anxiety Scale: concept and research. En D.D. Spielberger y I.G. Sarason (Eds.), Stress and Anxiety (V.5). Whashington: Hemisphere, 1978.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Miguel Tobal, J.J.

**3. DESCRIPCION:**

Escala de 37 items con contestación Verdadero-Falso derivada del original TAS (Sarason, 1958) que constaba de 21 items y que a su vez provenía del TAQ (Mandler y Sarason, 1952) que fue el primer test de ansiedad ante el examen. La mayor parte de los items tienen un contenido cognitivo, siendo éste el componente que más estudia Sarason por su relación con el rendimiento.

**4. CORRECCION:**

Suma de los items con contestación Verdadero, excepto en los items 3-15-26-27-29-33, en los que se contabiliza la contestación Falso.

**5. DATOS:**

Fiabilidad test-retest (período de algunas semanas) de .80. Wagaman, Cormier y Cormier (1975) informan de una fiabilidad

test-retest de .87. En una muestra de 283 hombres y 237 mujeres, universitarios, se encontraron los datos siguientes:

- Hombres: Media=16.73; Desviación típica=7.12.
- Mujeres: Media=19.74; Desviación típica=6.73.



T A S

Conteste a las preguntas del cuestionario rodeando con un círculo la letra V (verdadero), si se trata de algo que le ocurre frecuentemente, o la letra F (falso), si la frase no se aplica a Ud.

1. Cuando estoy haciendo un examen importante, me sorprende a mí mismo pensando en cuánto más brillantes que yo son los demás estudiantes..... V F
2. Si tuviera que pasar un test de inteligencia, me inquietaría considerablemente antes de pasarlo. V F
3. Si supiera que iba a pasar un test de inteligencia, me sentiría seguro y relajado de antemano..... V F
4. Durante un examen importante, transpiro abundantemente..... V F
5. Durante los exámenes del curso, me sorprende a mí mismo pensando en cosas relacionadas con la materia real del curso..... V F
6. Llego a sentir pánico cuando tengo que examinarme por sorpresa..... V F
7. Durante los test me sorprende pensando en las consecuencias de fallar..... V F
8. Después de pruebas (/test) importantes, a menudo estoy tan tenso que me afecta al estómago..... V F
9. Me paraliza ante cosas como test de inteligencia o exámenes finales..... V F

10. El obtener una buena puntuación en un test, no parece aumentar mi confianza para un segundo..... V F
11. A veces siento cómo mi corazón late rápidamente, en pruebas importantes..... V F
12. Después de pasar un test siempre pienso que hubiera podido hacerlo mejor de lo que realmente hice.. V F
13. Normalmente me deprimó después de un test..... V F
14. Antes de tener un examen final, tengo un sentimiento de incomodidad y de contrariedad..... V F
15. Cuando paso un test, mi estado emocional no interfiere mi actuación..... V F
16. Durante un examen del curso, frecuentemente me pongo tan nervioso que olvido hechos que realmente se. V F
17. Tengo la sensación de derrotarme a mí mismo cuando estoy trabajando en pruebas (/test) importantes. V F
18. Cuanto más me esfuerzo en realizar un test, o en estudiar para uno, más confuso quedo..... V F
19. Tan pronto como acaba un examen intento dejar de preocuparme por él, pero simplemente no puedo... V F
20. Durante los exámenes, me pregunto a veces si acabaré alguna vez con la Universidad..... V F
21. Preferiría escribir un trabajo (/tesina) antes que pasar un examen para graduarme en un curso..... V F

22. Desearía que los exámenes no me perturbaran tanto..... V F
23. Pienso que podría desenvolverme mejor en los test si pudiera pasarlos sólo y no sentirme presionado por un límite de tiempo..... V F
24. Pensar en la calificación que puedo obtener en un curso interfiere mi estudio y mi rendimiento en las pruebas..... V F
25. Si se pudiesen abolir los exámenes, pienso que aprendería realmente más..... V F
26. En los exámenes, tomo la actitud de "si no lo sé ahora, no tengo porqué preocuparme"..... V F
27. Realmente no entiendo que algunas personas se trastornen tanto con los test..... V F
28. El pensar que lo voy a hacer mal, interfiere mi rendimiento en los test..... V F
29. No estudio más para los exámenes finales que para el resto del trabajo del curso..... V F
30. Incluso cuando estoy bien preparado para un test, me siento muy angustiado por ello..... V F
31. No me gusta comer antes de una prueba importante V F
32. Antes de un examen importante, me doy cuenta de que me tiemblan las manos y los brazos..... V F
33. Rara vez siento la necesidad de "darme un atracón" antes de un examen..... V F

34. La Universidad debería tener en cuenta que los exámenes ponen a algunos alumnos más nerviosos que a otros y que esto afecta su rendimiento..... V F
35. Me parece que no debería hacerse de los períodos de exámenes las situaciones tensas que en realidad son..... V F
36. Empiezo a sentirme muy incómodo justo antes de que se me devuelva un examen..... V F
37. Temo los cursos en los que el profesor tiene la costumbre de poner exámenes repentinos..... V F

**TEST ANXIETY INVENTORY (TAI)****1. AUTOR:**

Spielberger, C.D. (1978): Examination stress and Test Anxiety. En C.D. Spielberger y I.G. Sarason. Stress and Anxiety (v.5). New York: Hemisphere, 1978.

**2. VERSION ESPAÑOLA:****3. DESCRIPCION:**

Spielberger construye el TAI a partir de una revisión en profundidad del TAS de Sarason (Sarason 72 y 78). Cambia el formato de Verdadero-Falso por una escala de 4 puntos (de casi nunca a casi siempre). Introduce algunos ítems del STAI, del test de Osterhouse (1969) y otros del autor. La construcción se lleva a cabo a través de métodos factoriales.

Ofrece una medida de ansiedad-rasgo ante exámenes o pruebas con dos subescalas: cognitiva (Worry) y emocional (Emotionality). La versión final consta de 20 ítems. Parece ser por el momento el test más sólido y útil dentro de este campo junto con el W-E de Morris (éste último mide "estado" al contrario que el TAI).

**4. CORRECCION:**

## 5. DATOS:

El coeficiente alpha de las puntuaciones totales del TAI fue de 0.94. Los datos de la muestra de 654 varones y 759 mujeres, universitarios, nos informan:

- Hombres: Media=38.48 ; Desviación típica=12.43
- Mujeres: Media=42.79 ; Desviación típica=13.70

Los coeficientes alpha fueron de .90 y .91 respectivamente.

En la escala W: medias de 13.61 (v) y 14.90 (m), desviaciones típicas de 4.98 (v) y 5.51 (m), y coeficientes alpha de .88 (v) y .90 (m)

En la escala E: medias de 16.85 (v) y 18.94 (m), desviaciones típicas de 5.64 (v) y 6.31 (m), y coeficientes alpha de .90 (v) y .91 (m)

El análisis factorial arroja dos factores muy definidos puesto que test fue construido en función de los pesos de los items en esos factores. A continuación se informa de algunas correlaciones de las muestras de hombres y mujeres por separado con otras pruebas de ansiedad: TAS (.82 y .83), con el STAI-rasgo (.54 y .48), con el STAI-estado (.67 y .34), con el WEQ-E (Liebert y Morris, 67) (.77 y .85) y con WEQ-W (.73 y .69).

La correlación interescalas es de .71, y excesivamente alto para pretender medir cosas distintas.

TEST ANXIETY SCALE (TASC) Y (G.A.S.C.)  
ESCALA DE ANSIEDAD GENERAL PARA NIÑOS

**1. AUTORES:**

Sarason, S.B.; Davidson; Lighthall; Waite; Purbush.  
(1960). Anxiety in elementary school children. New York: John Wiley and Sons, 1960.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Antonio González, J.J. Miguel Tobal.

**3. DESCRIPCION:**

El TASC es un test de papel y lápiz, administrado en grupo, de 30 items, en el cual los niños responden SI o NO en una hoja de respuestas cuando el examinador lee en voz alta las preguntas. Doce de los items utilizan la palabra "examen" (test). Otros items tienen que ver con la "preocupación" acerca de actuaciones en clase. Se utiliza entre los grados primero y sexto (del sistema educativo americano).

En la misma obra se presenta la GASC (Escala de Ansiedad General para Niños). Añadimos la versión inglesa de la misma pero no ofrecemos datos, pudiéndose encontrar en la obra citada.

Aunque no es muy reciente y no conocemos muchos trabajos basados en ella, es la única prueba aplicable a niños dentro de este campo y por eso nos parece de gran utilidad.

#### 4. CORRECCION:

La puntuación de ansiedad es la suma del número de respuestas afirmativas.

#### 5. DATOS:

Correlación test-retest media de .66. En obras posteriores afirman haber obtenido índices de validez y fiabilidad "suficientemente aceptables" (se citan dos artículos: Ruebush, 1963; Hill, 1972). Correlación .20 con una prueba de ansiedad diseñada por los autores obteniendo la puntuación a través del profesor. Correlaciones de -.17 y -.28 con inteligencia y de -.23 y -.29 con rendimiento. El análisis factorial de Feld y Lewis (67 y 69) con niños de 2º grado arroja 4 factores: Ansiedad de test, signos somáticos de ansiedad, autoevaluación negativa, y preocupaciones remotas hacia el colegio. Dunn (64) informa de otros 4 factores con niños de 4º, 5º y 6º grado: Ansiedad de test, Ansiedad general a la escuela, Ansiedad a hablar delante de sus compañeros y señales fisiológicas de anticipación de las situaciones de exposición.



ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA EVALUACION PARA NIÑOS. (T.A.S.C.)

1. ¿Te preocupas cuando el profesor dice que va a hacerte preguntas para averiguar cuánto sabes?
2. ¿Te preocupa adelantar puestos en la clase, es decir, pasar del ..... al ..... de la clase al final del curso?
3. Cuando el profesor te pide que te pongas de pie delante de la clase y que leas en voz alta, ¿te da miedo cometer faltas?
4. Cuando el profesor dice que va a sacar a algunos niños y niñas a la pizarra a hacer problemas de aritmética, ¿esperas que llame a otro y no a ti?
5. ¿Sueñas a veces por la noche que estás en el colegio y no puedes contestar las preguntas del profesor?
6. Cuando el profesor dice que va a ver cuánto habéis aprendido, ¿empieza a latirte el corazón más aprisa?
7. Cuando el profesor os está dando aritmética, ¿crees que otros niños de la clase le entienden mejor que tú?
8. Cuando estás por la noche en la cama, ¿te preocupa a veces qué vas a hacer al día siguiente en clase?
9. Cuando el profesor te pide que escribas en la pizarra delante de la clase, ¿te tiembla la mano un poco a veces?
10. Cuando el profesor está explicando en clase de lectura, ¿crees que otros niños le entienden mejor que tú?
11. ¿Crees que te preocupas más por el colegio que otros niños?
12. Cuando estás en casa y piensas en tu lección de aritmética del día siguiente, ¿te da miedo fallar las respuestas cuando te pregunte el profesor?
13. Si estás enfermo y pierdes las clases, ¿te preocupa que tus deberes te salgan peor que a otros niños cuando vuelvas al colegio?
14. ¿Sueñas alguna vez por la noche que otros niños y niñas de la clase pueden hacer cosas que tú no puedes?
15. Cuando estás en casa y piensas en tu lección de lectura del día siguiente, ¿te preocupa que te salga mal la lección?
16. Cuando tu profesor dice que va a ver cuánto habéis aprendido, ¿notas una extraña sensación en el estómago?
17. Si contestaras muy mal cuando el profesor te sacase, ¿crees que llorarías aunque intentaras no llorar?
18. ¿Sueñas a veces por la noche que el profesor está enfadado porque tú no sabes las lecciones?

En las siguientes preguntas se utiliza la palabra "prueba". Lo que quiero decir con la palabra "prueba" es cada vez que el profesor te pide que hagas algo para que él pueda averiguar cuánto sabes o cuánto has aprendido. Puede ser que tengas que escribir en un papel, o hablar en voz alta o escribir en el encerado. ¿Entiendes lo que quiero decir con la palabra "prueba"? Esto es, siempre que el profesor te pida que hagas algo para averiguar así cuánto sabes.

19. ¿Te dan miedo las pruebas del colegio?
20. ¿Te preocupas mucho antes de hacer una prueba?
21. ¿Te preocupas mucho mientras estás haciendo una prueba?
22. Después de haber hecho una prueba, ¿te preocupa cómo la has hecho?
23. ¿Sueñas a veces por la noche que has hecho mal una prueba que te han puesto en el colegio ese día?
24. Cuando estás haciendo una prueba, ¿te tiembla un poco la mano con la que escribes?
25. Cuando el profesor te dice que va a hacer una prueba a la clase, ¿te da miedo hacerla mal?

.../...

187

26. Cuando vas a hacer una prueba difícil, ¿olvidas algunas cosas que sabías muy bien antes de comenzar a hacer el examen?
27. ¿Te gustaría no preocuparte tanto por los exámenes?
28. Cuando el profesor dice que va a hacer una prueba a la clase, ¿tienes una sensación nerviosa o extraña?
29. Mientras estás haciendo una prueba, ¿piensas generalmente que te está saliendo mal?
30. Mientras estás yendo al colegio, ¿te preocupa que el profesor pueda poner una prueba a la clase?

288

ESCALA DE ANSIEDAD GENERAL PARA NIÑOS (G.A.S.C.)

1. Cuando estás fuera de casa, ¿te preocupas por lo que podría estar sucediendo allí?
2. ¿Te preocupa a veces que otros niños tengan mejor aspecto que tú?
3. ¿Te dan miedo los ratones o las ratas?
4. ¿Te preocupas alguna vez de saber tus lecciones?
5. Si tuvieras que subir a una escalera, ¿te preocuparía caerte de ella?
6. ¿Te preocupa que tu madre vaya a ponerse enferma?
7. ¿Te da miedo volver andando a casa de noche tú solo?
8. ¿Te preocupa alguna vez lo que piensan de ti otras personas?
9. ¿Sientes una sensación rara cuando ves sangre?
10. Cuando tu padre está fuera de casa, ¿te preocupa si va a regresar?
11. ¿Te asustan los relámpagos y las tormentas?
12. ¿Te preocupa alguna vez no ser capaz de hacer algo que quieres hacer?
13. Cuando vas al médico a ponerte una inyección, ¿te preocupa que pueda hacerte daño?
14. ¿Te dan miedo cosas como serpientes?
15. Cuando estás en la cama por la noche tratando de dormir, ¿notas a menudo que estás preocupado por algo?
16. Cuando eras más pequeño, ¿tenías miedo de algo alguna vez?
17. ¿Te asusta a veces mirar hacia abajo desde un lugar alto?
18. ¿Te preocupa tener que ir al médico?
19. ¿Tienes miedo después de escuchar algunas historias?
20. ¿Has tenido miedo de hacerte daño alguna vez?
21. Cuando estás solo en casa y alguien llama a la puerta, ¿tienes una sensación inquietante?
22. ¿Te da miedo ver un animal muerto?
23. ¿Crees que te preocupas más que otros niños y niñas?
24. ¿Te preocupa que pudieras resultar herido en algún accidente?
25. ¿Ha sido alguien capaz de asustarte alguna vez?
26. ¿Te dan miedo cosas como armas de fuego?
27. ¿Tienes a veces, sin saber porqué, una extraña sensación en el estómago?
28. ¿Te da miedo que un perro te muerda o te haga daño?
29. ¿Te preocupa alguna vez que le ocurra algo malo a alguien que conoces?
30. ¿Tienes miedo cuando estás solo en casa de noche?
31. ¿Te da miedo estar demasiado cerca de fuegos artificiales porque estallan?
32. ¿Te preocupa que vayas a ponerte enfermo?
33. ¿Eres desgraciado alguna vez?
34. Cuando tu madre está fuera de casa, ¿te preocupa si va a regresar?
35. ¿Te da miedo tirarte de cabeza al agua por si te haces daño?
36. ¿Tienes una extraña sensación cuando tocas algo que tiene un borde afilado de verdad?
37. ¿Te preocupa alguna vez qué va a suceder?
38. ¿Te da miedo tener que entrar en un cuarto oscuro?
39. ¿Te disgusta pelearte porque te da miedo hacerte daño?
40. ¿Te preocupa que tu padre vaya a ponerse enfermo?
41. ¿Has tenido en alguna ocasión un sueño aterrador?
42. ¿Te dan miedo las arañas?
43. ¿Tienes a veces la sensación de que algo malo va a sucederte?
44. Cuando estás solo en una habitación y oyes un ruido extraño, ¿tienes una sensación de temor?
45. ¿Te preocupas con frecuencia?

TEST DE BOXALL DE ANSIEDAD ESCOLAR

1. AUTOR:

Boxall

2. VERSION ESPAÑOLA:

Miguel Tobal, J.J.

3. DESCRIPCION:

Test de ansiedad escolar más breve inventado por Boxall (1961) y modificado por Dale (1969). Aparece como alternativa a la prueba TASC de Sarason.

Consta de 23 ítems que deben ser valorados como SI o NO.

4. CORRECCION:

La puntuación de ansiedad se obtiene sumando las respuestas afirmativas.

5. DATOS:

Para comprobar su validez se obtuvieron las siguientes correlaciones con la Prueba de Castaneda:

-Niños: .66

-Niñas: .83

EL TEST DE BOXALL DE ANSIEDAD ESCOLAR

He aquí una lista de afirmaciones. Subraya SI o NO en cada una, según sea o no verdadera para tí. Contesta todas las preguntas:

1. Siento una extraña sensación por dentro si tengo que ponerme de pie y hablar delante de la clase.... SI NO
2. Me preocupa mucho si voy a dar suma nueva en la pizarra y no sé cómo hacerlo..... SI NO
3. Me preocupa que algunas de mis sumas estén mal. SI NO
4. Me da miedo cuando el profesro está en desacuerdo con la clase..... SI NO
5. Cuando estoy en casa me preocupo con frecuencia por el colegio..... SI NO
6. Me preocupa mucho si prometo llevar un libro al colegio luego me olvido..... SI NO
7. Me da miedo hacer una falta cuando leo en voz alta en clase..... SI NO
8. No me gusta que otros niños se enteren si saco mala nota en Aritmética..... SI NO
9. No me gusta tener profesores nuevos..... SI NO
10. Me dan escalofrios cuando oigo que han castigado severamente a un niño en el colegio..... SI NO

11. Me siento fatal si no tengo mis zapatillas de gimnasia en las clases de Educación Física..... SI NO
12. Me dan escalofríos cuando pienso que voy a llegar tarde al colegio..... SI NO
13. Me asusta la idea de que mis padres vengán a hablar con mi profesor..... SI NO
14. Me horrorizaría entrar en una clase nueva con niños extraños..... SI NO
15. Me siento desgraciado si mi profesor me riñe... SI NO
16. Me aterra la idea de tener exámenes..... SI NO
17. Detesto que mi profesor mire por encima de mi hombro mientras estoy escribiendo..... SI NO
18. Me da miedo tener que ver al médico del colegio SI NO
19. Me da un soponcio si el profesor de Matemáticas me hace preguntas repentinas..... SI NO
20. Detesto tener que volver al colegio después de haber estado fuera..... SI NO
21. Creo que volver al colegio después de las vacaciones es aterrador..... SI NO
22. Estoy seguro de que pondría lívido si me avisaran de que tengo que ir a ver al Director..... SI NO
23. A veces tengo pesadillas sobre el colegio SI NO

TEACHING ANXIETY SCALE (TCHAS)

**1. AUTOR:**

Parson, J.S. (1973): Assesment of anxiety about teaching using the teaching anxiety scale: Manual and research report. Research and Developement Center for Teacher Education, University of Texas at Austin, 1973.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

**3. DESCRIPCION:**

Medida de ansiedad específica a la tarea del profesor. Es una escala de 25 items que consisten en afirmaciones acerca de reacciones del profesor a las cuales el sujeto contesta en una escala de 1-5 (desde nunca a siempre).

**4. CORRECCION:**

**5. DATOS:**

**4.2.2 INVENTARIOS S-R**

- 15) Reacciones de los Individuos a las Situaciones (IRS-2).
- 16) Inventario de Ansiedad Estímulo-Respuesta (S-R 1A).
- 17) Inventario de Actitudes hacia Situaciones Generales.
- 18) Inventario de Actitudes hacia Situaciones Diversas.



REACCIONES DE LOS INDIVIDUOS A LAS SITUACIONES (I.R.S.-2)

**1. AUTORES:**

Magnusson y Ekehammar, (1975): Perceptions of and reactions to stressfull situations. Journal of Personality and Social Psychology, 31, 1147-1154.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Antonio Cano Vindel

**3. DESCRIPCION:**

El IRS-2 (Individuals' Reactions to Situations) pide al sujeto que evalúe sus reacciones psíquicas y somáticas sobre 10 respuestas de ansiedad para cada una de 12 situaciones. Las estimaciones de intensidad se dan sobre escalas de 5 puntos que van desde "nada" a "muchísimo".

Las situaciones incluyen sucesos amenazantes de ansiedad en la escuela y en el ambiente de casa que los jóvenes pueden encontrar en su vida diaria. Las doce situaciones constituyen una selección representativa de un amplio espectro de descripciones de situaciones recogidas empíricamente de autoinformes hechos por jóvenes en el mismo grupo de edad que los sujetos de los que damos datos (Stattin y Magnusson, 1980). Hemos traducido las situaciones y las respuestas tal y como se describen en este artículo: Stattin y Magnusson, 1980.

Las reacciones de ansiedad fueron seleccionadas principalmente sobre la base de los resultados informados por Fenz (1967); Fenz y Epstein (1965) y Ekehammar, Magnusson y Ricklander

(1974), con el fin de cubrir dos tipos de reacción de ansiedad espontánea: 1) Psíquica: Me pongo nervioso, me siento preocupado, tengo sentimientos de inseguridad, me siento deprimido, tengo sentimientos de pánico. 2) Somática: Me comienzan a temblar las manos, tengo dificultades para tragar, el corazón me late más deprisa, comienzo a sudar, siento molestias en el estómago.

#### 4. CORRECCION:

Se suman las puntuaciones de cada respuesta ante cada situación ( $12 \times 10 = 120$  puntuaciones, con un rango de 0 - 4).

#### 5. DATOS:

Stattin y Magnusson (1980).

- Muestra: 60 chicos y 72 chicas de 15 años de 8º grado de un colegio.

- Patrón de estabilidad medio a través de las situaciones  $TAU = .512$  y  $TAU = .522$  (en dos momentos diferentes separados 6 meses).

- Patrón de estabilidad temporal medio, al cabo de 6 meses  $TAU = .502$  (valor medio).

- En las situaciones perceptualmente similares los coeficientes TAU eran algo más altos que en las perceptualmente menos similares.

REACCIONES DE LOS INDIVIDUOS A LAS SITUACIONES (I. R. S. - 2)

1.- SITUACIONES:

- 1) Acabas de ser pillado en una ratería
- 2) Eres llamado al director por hacer algo prohibido
- 3) Eres descubierto por un profesor haciendo novillos
- 4) Vas a ponerte una inyección que hace daño
- 5) Van a tener que coserte una herida en el hospital
- 6) Esperas en la sala del dentista para extraerte una muela
- 7) Estás solo en casa y oyes a alguien que intenta entrar
- 8) Estás perdido en el bosque al anochecer
- 9) Estás solo en una casita de campo abandonada durante una violenta tempestad
- 10) Vas a dar un informe verbal delante de la clase
- 11) Vas a comenzar un trabajo de verano por primera vez
- 12) Vas a tomar parte en una competición atlética

2.- REACCIONES

- 1) Me pongo nervioso
- 2) Me comienzan a temblar las manos
- 3) Tengo dificultades para tragar
- 4) Me siento preocupado
- 5) El corazón me late más deprisa
- 6) Tengo sentimientos de inseguridad
- 7) Comienzo a sudar
- 8) Me siento deprimido
- 9) Siento molestias en el estómago

3.- INSTRUCCIONES

Evalúe la intensidad con que se dan en ud. cada una de estas 9 reacciones ante cada situación, de acuerdo con la siguiente escala:

- 0: Nada
- 1: Un poco
- 2: Bastante
- 3: Mucho
- 4: Muchísimo

Utilice para ello la Hoja de Respuestas. No escriba en esta hoja.

197

HOJA DE RESPUESTAS DEL I. R. S. - 2

REACCIONES		1	2	3	4	5	6	7	8	9
S I T U A C I O N E S	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									

Marque en cada casilla un número del 0 al 4 según la intensidad de su reacción a cada situación. Lea previamente la situación y la reacción correspondientes a cada casilla.

PUNTUACION ANSIEDAD PSIQUICA:

PUNTUACION ANSIEDAD SOMATICA:

PUNTUACION TOTAL .....

Apellidos .....

Nombre .....

Fecha .....

Grupo .....

**INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTIMULO-RESPUESTA (S-R IA)**  
**DE ENDLER, HUNT Y ROSENSTEIN**

**1. AUTORES:**

Endler, Hunt y Rosenstein (1962) An S-R inventory of anxiousness . Psychological Monographs 76, nº 17, (1-33).

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Carrobbles y Díez Chamizo (1981) Evaluación de conductas ansiosas. En: Fernández Ballesteros y Carrobbles (Eds). Evaluación conductual. Pirámide. Madrid.

**3. DESCRIPCION:**

En realidad, el cuestionario tal y como es facilitado al sujeto, en su formato original, consta de 11 hojas, una por cada situación estimular, en las que se repiten el listado de respuestas con sus correspondientes escalas, cambiando sólo el enunciado de la situación, que va impreso en la parte superior de la hoja. El sujeto ha de señalar en una hoja de respuestas aparte, como indican las instrucciones, uno de los cinco grados de intensidad de la respuesta para cada uno de los 14 items.

Una ventaja del Inventario E-R es la posibilidad de ser adaptado, en general, su formato para la evaluación de las reacciones ante diferentes estímulos específicos. Por otro lado, al utilizar un formato de respuesta más complejo, parece permitir incrementar la fiabilidad de la medida (Endler y cols. 1962). El análisis de varianza efectuado por los autores para determinar la contribución relativa de los tres factores: las respuestas, las situaciones y las diferencias individuales, los resultados mostraron

una contribución mayor a la varianza total por parte de las modalidades de respuesta, seguida de las situaciones, y con una contribución muy escasa por parte de las diferencias individuales.

Parece que este ha sido el primer inventario estímulo-respuesta. Al incluir distintos estímulos y mostrar que estos son una fuente de varianza importante, da un duro golpe a los cuestionarios de rasgo, que solo recogen respuestas y diferencias individuales.

La estrategia en la construcción del instrumento fue racional, empleándose 11 situaciones elegidas "intuitivamente" (según manifiestan los autores) entre las más familiares (directa o vicariamente) a los sujetos que iban a servir de muestra en la investigación: universitarios. El sujeto debía responder a cada una de estas situaciones según 14 alternativas de respuesta. Por su parte, las modalidades de respuesta fueron elegidas en función de que, cada una de ellas, representaran sentimientos tanto positivos como negativos, anticipaciones de conducta motora y expectativas sobre respuestas fisiológicas. Se incluyeron también quejas frecuentes que relacionadas con la ansiedad, aparecían en la evaluación de este constructo (como en el MMPI y el MAS de Taylor).

Por último, señalar que se trata de un cuestionario de rasgo de ansiedad del que luego se va a derivar otro cuestionario multirasgo: el S-R GTA (Endler y cols, 1975).

#### 4. CORRECCION:

Esta prueba suministra una matriz de datos para cada sujeto de 11 situaciones por 14 respuestas. Puede interesarnos una única puntuación para cada sujeto; ésta se obtendrá sumando todas las filas, o bien todas las columnas, y sumando luego los resultados (se suman los resultados obtenidos después de haber sumado cada fila, o bien cada columna, pues el resultado ha de ser

el mismo). Si nos interesa una puntuación en ansiedad para cada situación bastará con sumar las filas. Si lo que nos interesa es obtener una puntuación en cada respuesta a través de las situaciones (los datos brutos de un cuestionario convencional), bastará con sumar las columnas. Por último si lo que interesa son las interacciones situación por respuesta, habremos de utilizar toda la matriz de datos.

##### 5. DATOS:

Los autores utilizaron una muestra de 235 hombres y mujeres universitarios. Fernández Ballesteros (1981) resume los resultados así:

1) Los modos de respuesta fueron los que contribuyeron en mayor medida al total de la varianza, en segundo lugar la varianza explicada por la situación, y, por último, las diferencias debidas a los sujetos.

2) Los análisis factoriales revelaron tres factores en los modos de respuestas: a) factor de "desagrado", interrupción de la acción y evitación. b) Un segundo factor descrito como excitación, diversión y acercamiento. c) Un tercer factor presentado por respuestas autonómicas.

3) El análisis factorial de las 11 situaciones puso de manifiesto tres factores: a) Situaciones interpersonales amenazantes. b) Peligro inanimado. c) Un factor sin explicación psicológica clara. De todas formas, dado el escaso número de situaciones, no es de extrañar que tan sólo contemos con dos categorías ambientales claramente definidas como desagradables, bien procedentes de otras personas, bien en relación con objetos inanimados.

4) Con respecto a las diferencias individuales provocadas por la interacción entre los modos de respuesta y las situaciones,

Endler y cols., encontraron también agrupaciones factoriales. Las personas pertenecientes al factor primero presentaban desagrado e incremento en las respuestas autonómicas ante situaciones de "estrés" interpersonal, mientras que no informaban sobre sensaciones de excitación. Los sujetos agrupados en el factor segundo parecían sentirse muy excitados frente a cualquier tipo de ambiente, y los encuadrados en el factor tercero informaban sobre malestar e incremento en sus respuestas autonómicas ante situaciones de peligro inanimado, mientras que decían sentirse excitados ante las situaciones de "estrés" interpersonal.

Ahora vamos a ofrecer los datos más sobresalientes de Endler y cols. (1962):

- N = 67 , media = 353.46, desviación típica=77.98;  
coef.alfa= 0.97; error stan.= 9.60

- N = 71 , media = 330.69, desviación típica=57.05;  
coef.alfa= 0.95; error stan.= 4.40

- N=67 Correlaciones: Con el MAS (Taylor)= 0.46  
con el TAQ (Mandler y Sarason)  
= 0.66  
con el IPAT (Cattell)= 0.23

- N=71 Correlaciones: Con el MAS (Taylor)= 0.34  
con el TAQ (Mandler y Sarason)  
= 0.44  
con el GAQ (Gordon y Sarason)  
= 0.40



**ROSENSTEIN**

Nombre: .....

**Fecha:** .....

**INSTRUCCIONES:** Este inventario trata de analizar las reacciones y actitudes de la gente hacia distintas situaciones. Ud. dispone de dos hojas, una que recoge una lista de situaciones y otra lista de respuestas, y de esta HOJA en la que deberá anotar sus RESPUESTAS. Lea en la otra hoja una situación, imagínela, y, a continuación, lea todas y cada una de las respuestas, anotando en esta hoja un número del 1 al 5, según el grado de su respuesta a dicha situación, en cada una de las casillas de las 14 respuestas. Cuando haya terminado, lea la segunda situación y proceda de la misma forma que con la primera.

## RESPUESTAS

[illegible]

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTIMULO-RESPUESTA (S-R I.A.) de ENDLER, HUNT y ROSENSTEINLista de situaciones:

- 1.- Está a punto de partir para un largo viaje en automóvil
- 2.- Va a encontrarse con un(a) nuevo(a) conocido(a)
- 3.- Va a participar en un experimento psicológico
- 4.- Está escalando un elevado saliente en lo alto de una montaña
- 5.- Se está preparando para pronunciar un discurso ante un numeroso grupo de personas
- 6.- Recurre a un consultor en busca de ayuda para resolver un problema personal
- 7.- Parte en un barco de vela con una mar embravecida
- 8.- Participa en un campeonato ante espectadores
- 9.- Se encuentra solo de noche en un bosque
- 10.- Se presenta a una entrevista para un empleo muy importante
- 11.- Se presenta a un examen final de una asignatura importante

(POR FAVOR NO SEÑALE EN ESTA HOJA)

Para cada una de las situaciones anteriores indique en la HOJA DE RESPUESTAS aparte, uno de los cinco grados alternativos de reacción o actitud para cada una de las siguientes respuestas:

Lista de respuestas:

1.- El corazón me late más deprisa .....	1	2	3	4	5
En absoluto					Mucho más deprisa
2.- Siento una sensación de incomodidad .....	1	2	3	4	5
En absoluto					Muy intensamente
3.- Las emociones me impiden actuar .....	1	2	3	4	5
En absoluto					Muy considerablemente
4.- Me siento alegre y emocionado .....	1	2	3	4	5
Muchísimo					En absoluto
5.- Deseo evitar la situación .....	1	2	3	4	5
En absoluto					Muchísimo
6.- Sudor .....	1	2	3	4	5
En absoluto					Sudo mucho
7.- Necesito orinar frecuentemente .....	1	2	3	4	5
En absoluto					Con mucha frecuencia
8.- Disfruto con el riesgo .....	1	2	3	4	5
Disfruto mucho					En absoluto
9.- Se me seca la boca .....	1	2	3	4	5
En absoluto					Muy seca
10.- Me quedo paralizado .....	1	2	3	4	5
En absoluto					Completamente
11.- Siento intensas molestias en el estómago .....	1	2	3	4	5
Ninguna					Muy intensas
12.- Me gusta buscar experiencias como ésta .....	1	2	3	4	5
Muchísimas					En absoluto
13.- Estoy suelto de vientre .....	1	2	3	4	5
En absoluto					Muchísimo
14.- Siento náuseas .....	1	2	3	4	5
En absoluto					Muchas náuseas

INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA SITUACIONES GENERALES (IASG) E  
INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA SITUACIONES DIVERSAS (IASD) DE  
BERMUDEZ

1. AUTOR:

Bermudez, J. (1983): Modelo interactivo de ansiedad: Implicaciones y contrastación empírica. Revista de Psicología General y Aplicada 38, 1003-1030.

2. VERSION ESPAÑOLA:

Bermudez,

3. DESCRIPCION:

Se trata de dos inventarios del tipo S-R, uno para medir el rasgo multidimensional de la ansiedad (el IASG), a través de 6 situaciones generales y 15 respuestas (8 que indicarían síntomas de ansiedad y 7 que reflejarían polos opuestos), y el otro (el IASD) para medir el estado de ansiedad, a través de 18 situaciones diversas (redactadas en forma más específica que las 6 generales del IASG) y 20 respuestas de ansiedad (que recuerdan mucho al STAI-estado).

El IASG es una versión modificada del S-R Inventory of General Trait of Anxiousness (Endler y Okada, 1975; Endler y cols., 1976). En la formulación original el S-R GTA contenía cuatro escalas situaciones (interpersonal, peligro físico, ambigüedad y situaciones habituales); posteriormente (Flood y Endler, 1980) se añadió la escala de "evaluación social"; en la versión del IASG, se añade una sexta escala situacional: "situaciones importantes" (que correlaciona .62 con la anterior). La tarea del sujeto

consiste en indicar (rodeado el número correspondiente en la escala de 1 a 5 de la derecha) cómo reacciona habitualmente, cuáles son sus reacciones y sentimientos en términos generales en cada situación general indicada.

El IASD recoge 18 situaciones específicas, tres por cada faceta de rasgo de ansiedad (en realidad 3 por cada situación general del IASG). Sus 20 respuestas, Bermudez las clasifica en: ansiedad somática (ítems 1, 3, 5, 7, 10, 15 y 17) y ansiedad psíquica (los ítems restantes). Sin embargo, la ambigua redacción de algunos ítems como "me siento nervioso" o "me siento ansioso" hace más que dudosa su adscripción a un grupo u otro. La tarea del sujeto consiste en indicar (ordenado el número correspondiente en la escala de 1 a 5 de la derecha de cada frase) el grado en que manifestaría cada una de las reacciones y sentimientos, en la situación indicada.

#### 4. CORRECCION:

Estas dos pruebas pueden suministrarnos muchos índices simplemente sumando puntuaciones, sin necesidad de haber intervenido las puntuaciones que no indican ansiedad (ya que la inversión se hace en la propia escala, cambiando el significado de los puntos extremos). Algunos índices que nos pueden interesar son: una única puntuación en rasgo de ansiedad, 6 puntuaciones en rasgo de ansiedad (una para cada situación general o dimensión de rasgo), una puntuación de estado de ansiedad transituacional, 18 puntuaciones de estado de ansiedad (una para cada situación diversa o específica), 36 puntuaciones de estado de ansiedad (18 de estado de ansiedad somática y 18 de estado de ansiedad psíquica). Además, se pueden analizar diversas interacciones situación por respuesta, tanto en uno como inventario.

## 5. DATOS:

Correlaciones del STAI con las dimensiones del rasgo de ansiedad medidas por IASG: interpersonal=0.563; peligro físico=0.194; ambigüedad=0.10 situaciones habituales=0.407; evaluación social=0.519; situaciones importantes=0.385

**AREAS SITUACIONALES, INCLUIDAS EN EL INVENTARIO  
DE ACTITUDES HACIA SITUACIONES GENERALES**

1. Está usted en situaciones en las que mantiene interacciones con otra gente (amigos; familia; etc.)
2. Está usted en situaciones en las que se enfrenta, o puede enfrentarse, a peligros físicos (incendio; accidente; intervención quirúrgica; asalto; etc.)
3. Está usted en situaciones nuevas o extrañas (sólo en una ciudad desconocida; implicado en un problema que usted no ha buscado; en circunstancias "absurdas"; etc.)
4. Está usted en situaciones habituales en su vida diaria (paseando por la calle; estudio o trabajo; descanso; etc.)
5. Está usted en situaciones en las que va a ser, o está siendo, evaluado por otra gente (tomar parte en una competición o concurso; ser sorprendido en actos inaceptables; exponer sus ideas en público; etc.)
6. Está en situaciones que son importantes para usted, ahora o en su futuro (examen; entrevista de empleo; acudir a una cita con personas que pueden influir en su futuro; etc.)

MODOS DE RESPUESTA Y ESCALA DE INTENSIDAD, EN CADA CASO, DEL  
INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA SITUACIONES GENERALES.

1. Busco experiencias como ésta	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)
2. Sudo	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
3. Me siento relajado	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)
4. Me siento inquieto	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
5. Me siento trastornado	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
6. Deseo con agrado tales situaciones	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)
7. Me siento a gusto	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)
8. Me siento tenso	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
9. Me lo paso bien en tales situaciones	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)
10. Me pongo nervioso	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
11. Me siento ansioso	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
12. Me siento seguro	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)
13. El corazón me late más rápido	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
14. Se me altera el estómago	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
15. Tengo confianza en mí mismo	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)

MODOS DE RESPUESTA Y ESCALA DE INTENSIDAD, EN CADA CASO,  
DEL INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA SITUACIONES DIVERSAS

1. Estoy sudoroso	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
2. Me siento nervioso	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
3. Las manos me tiemblan	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
4. Me siento alegre	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)
5. Noto las manos frías	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
6. Me siento tenso	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
7. Noto alterado el estómago	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
8. Me siento seguro	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)
9. Me siento a gusto	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)
10. Noto la boca seca	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
11. Me siento preocupado	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
12. Siento miedo	(Nada) 1 2 3 4 5 (Mucho)
13. Me siento relajado	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)
14. Me siento bien	(Mucho) 1 2 3 4 5 (Nada)



- |                                 |         |   |   |   |   |   |         |
|---------------------------------|---------|---|---|---|---|---|---------|
| 15. Mi corazón late más rápido  | (Nada)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (Mucho) |
| 16. Tengo confianza en mí mismo | (Mucho) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (Nada)  |
| 17. Me duele la cabeza          | (Nada)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (Mucho) |
| 18. Me siento inquieto          | (Nada)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (Mucho) |
| 19. Me siento deprimido         | (Nada)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (Mucho) |
| 20. Me siento ansioso           | (Nada)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (Mucho) |
-

**REPERTORIO DE SITUACIONES ESPECIFICAS, INCLUIDAS EN EL  
INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA SITUACIONES DIVERSAS**

1. Es asaltado, de noche, en una calle solitaria.
2. Charlando sobre televisión con los compañeros, en un descanso entre clases.
3. Expone sus ideas ante un público al que no conoce.
4. Va a iniciar un examen decisivo para finalizar su carrera.
5. Se dirige usted al cine.
6. Está usted sólo, en un lugar desconocido.
7. De pronto, se despierta por el humo de un incendio en su casa.
8. Participa en una reunión con amigos.
9. Presentar un trabajo ante personas que usted considera expertas en la materia.
10. Se extiende el rumor sobre aspectos oscuros de su conducta, que usted siempre ocultó.
11. Viendo un rato televisión tras la cena.
12. Está usted en una reunión, en la que no conoce a nadie.
13. Va en coche con una persona que conduce con notable imprudencia.

14. Tomar una copa con compañeros de clase.
15. El profesor está comentando en clase un trabajo de usted.
16. Esperando para mantener una importante entrevista de empleo.
17. Asiste usted a una clase ordinaria del curso.
18. Esté usted en una reunión, en la que la mayoría de la gente está tomando droga.

#### 4.2.3 CUESTIONARIOS CONDUCTUALES.

##### 4.2.3.1 Generales.

- 19) Inventario de Personalidad de Willoughby.
- 20) Cuestionario de Temores de Wolpe (FSS).
- 21) Inventario de Temores para niños de Philips.
- 22) Cuestionario de Pensamientos de Cautela (TSSS).
- 23) Inventario de Indicadores Psicofisiológicos de Cautela
- 24) Cuestionario de Síntomas de Ansiedad (ASQ) de Lehrer y Woolfolk.

##### 4.2.3.2 Específicos:

- 25) Escala de Ansiedad en la Interacción de Leary.
- 26) Escala de Ansiedad ante un Público de Leary.
- 27) Cuestionario de Situaciones Sociales
- 28) Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE)
- 29) Escala Abreviada de Temor a la Evaluación Negativa (BFNE).
- 30) Autoinforme sobre la Seguridad al Hablar en Público (PRCS)
- 31) Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD)
- 32) Test de Automanifestaciones en la Interacción Social (SISST)

4.2.3.3 Situacionales

- 33) Cuestionario de Percepción Autonómica (APQ)
- 34) Nivel General de Ansiedad, Termómetro de Miedos (USA)
- 35) Autoverbalización (Av)
- 36) Diferencial Semántico de Ansiedad(AD)
- 37) Cuestionario de Percepción Somática Modificado (NSPQ)

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE WILLOUGHBY

**1. AUTOR:**

Wolpe (1958, 1969, 1973) la ha descrito en la mayoría de sus libros. Se ha obtenido a partir del Inventario de Clark-Thurstone.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Avia, Calvo, Carrillo y Labrador. Cuaderno de prácticas de Técnicas de Modificación de Conducta. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

**3. DESCRIPCION:**

Su contenido es una mezcla de ansiedad social, sensibilidad emocional y aserción. No se trata de un inventario de ansiedad puesto que, según sus instrucciones, pretende medir "distintos rasgos emocionales de la personalidad". Sin embargo, de sus 25 items, una buena parte aparecen en formas distintas pero con contenido similar al de los cuestionarios de ansiedad. En el trabajo de Turner, Meles, y Ditomazo (1983) se describe como un índice fiable y válido de ansiedad social. Según estos autores, el inventario discriminó en el 85% de los casos a fóbicos sociales de los sujetos de control.

El Sujeto debe evaluar cada item por su frecuencia sobre una escala de cinco puntos (0-4).

**4. CORRECCION:**

Se suman las puntuaciones de los 25 items.

**5. DATOS:**

Ver Turner, Meles, y Ditomaso (1983); Tasto (1977) y Wolpe (1958, 1969, 1973) Wolpe (1958, pp. 218-219) presenta puntuaciones de pacientes tomadas antes y después de psicoterapia por inhibición recíproca. Para pacientes que habían sido juzgados por el criterio de Knight (1941) como "aparentemente curados", las puntuaciones del Willoughby descendieron desde 45.2 como media antes del tratamiento, hasta una media de 12.2 después del tratamiento. El grupo juzgado como "muy mejorado" cambió de 44.8 a 25.6. Wolpe ha definido arbitrariamente el límite superior de normalidad en 20 puntos.

## INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE WILLOUGHBY

---

### INSTRUCCIONES

Las preguntas de este inventario se han ideado para indicar distintos rasgos emocionales de la personalidad.

No se trata de una prueba psicológica porque no existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas que se formulan en el inventario.

A continuación de cada pregunta hay una serie de números cuyo significado citamos más abajo. Todo lo que tiene que hacer es dibujar un círculo alrededor del número que mejor lo describa a Vd.

- |   |           |  |
|---|-----------|--|
| 0 | significa | "no" "nunca" "en absoluto", etc.           |
| 1 | "         | "algo" "algunas veces" "un poco"           |
| 2 | "         | "más o menos" "medianamente" etc.          |
| 3 | "         | "generalmente" "bastante" "a menudo", etc. |
| 4 | "         | "casi siempre" "totalmente" etc.           |



- 218
1. ¿SUFRE VD. DE MIEDO ESCENICO? 0 1 2 3 4
  2. ¿LE PREOCUPAN LAS EXPERIENCIAS HUMILLANTES? 0 1 2 3 4
  3. ¿TIENE MIEDO A CAERSE DE UN LUGAR ALTO? 0 1 2 3 4
  4. ¿ES FACIL HERIR SUS SENTIMIENTOS? 0 1 2 3 4
  5. ¿TIENDE A MANTENERSE DESAPERCIBIDO EN LAS SITUACIONES SOCIALES?  
0 1 2 3 4
  6. ¿OSCILA VD. ENTRE LA ALEGRIA Y LA TRISTEZA SIN NINGUN MOTIVO --  
APARENTE? 0 1 2 3 4
  7. ¿ES VD. TIMIDO? 0 1 2 3 4
  8. ¿TIENE ENSOÑACIONES FRECUENTEMENTE? 0 1 2 3 4
  9. ¿PIERDE EL ENTUSIASMO FACILMENTE? 0 1 2 3 4
  10. ¿DICE VD. ALGUNAS VECES IMPULSIVAMENTE COSAS DE LAS CUALES SE  
ARREPIENTE ENSEGUIDA DESPUES DE HABERLAS DICHO? 0 1 2 3 4
  11. ¿LE GUSTA ESTAR SOLO? 0 1 2 3 4
  12. ¿LLORA FACILMENTE? 0 1 2 3 4
  13. ¿LE MOLESTA QUE LE OBSERVEN MIENTRAS ESTA TRABAJANDO AUN CUANDO  
VD. SABE QUE LO ESTA HACIENDO BIEN? 0 1 2 3 4
  14. ¿SE OFENDE MUCHO CUANDO LO CRITICAN? 0 1 2 3 4
  15. ¿CRUZA VD. LA CALLE PARA EVITAR ENCONTRARSE CON ALGUN CONOCIDO?  
0 1 2 3 4
  16. EN UNA IMPORTANTE RECEPCION O COCKTAIL, ¿EVITA VD. SER PRESENTADO  
A LA PERSONA HOMENAJEADA? 0 1 2 3 4
  17. ¿SE SIENTE A MENUDO PROFUNDAMENTE INFELIZ? 0 1 2 3 4
  18. ¿DUDA EN OFRECER SU OPINION VOLUNTARIA ANTE UNA DISCUSION DE LA  
CLASE O ANTE UN DEBATE? 0 1 2 3 4
  19. ¿SE SIENTE VD. MUY SOLO A MENUDO? 0 1 2 3 4
  20. ¿ESTA VD. MUY CONSCIENTE DE SI MISMO CUANDO SE ENCUENTRA FRENTE  
A SUS SUPERIORES? 0 1 2 3 4
  21. ¿LE FALTA CONFIANZA EN SI MISMO? 0 1 2 3 4
  22. ¿ESTA VD. MUY CONSCIENTE DE SU APARIENCIA PERSONAL? 0 1 2 3
  23. ¿CUADNO VE UN ACCIDENTE, HAY ALGO QUE LO DETIENE SI VD. DESEA  
PRESTAR AYUDA? 0 1 2 3 4

24. ¿SE SIENTE INFERIOR A LOS DEMAS? 0 1 2 3 4
25. ¿LE CUESTA TOMAR UNA DECISION HASTA TAL PUNTO QUE PIERDE  
LA OPORTUNIDAD DE ENTRAR EN ACCION? 0 1 2 3 4

NOMBRE -----

FECHA -----

CUESTIONARIO DE TEMORES DE WOLPE (FSS-III)**1. AUTOR:**

Wolpe (1969): The practice of behaviour therapy. Pergamon Press. New York. No está claro quien es el autor de la versión de 122 items, ver Tasto, 1977.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Cuaderno de prácticas de la asignatura "Técnicas de Modificación de Conducta" (Avia, Calvo, Carrillo, Labrador). Bartolomé, Carrobbles, Costa, Del Ser (1977).

**3. DESCRIPCION:**

Existen numerosas versiones, a veces poco coincidentes, de este inventario. El FSS-III (Fear Survey Schedule) es un inventario general de miedos que añade más items al FSS-I (Lang y Lazovick, 1965) y FSS-II (Geer, 1965). Consta de 122 items, estímulos, objetos o experiencias, que pueden ser evaluados sobre una escala de intensidad de 5 puntos, según el temor que causen a la persona que los valora. Las situaciones estímulares no se concretan, sino que se presentan de forma genérica. Por otro lado, la respuesta no distingue los componentes cognitivo, motor y fisiológico de la experiencia del temor. Suele presentarse en clínica, especialmente para detectar si el paciente debe ser tratado de alguna fobia o temor a algún objeto o situación.

#### 4. CORRECCION:

Puede obtenerse una puntuación global con fines experimentales o psicométricos. En clínica lo que interesa es saber los ítems que han sido evaluados con una intensidad excesivamente grande.

#### 5. DATOS:

Contrariamente a lo que sucede con otros instrumentos utilizados en clínica, de éste se conocen abundantes datos psicométricos.

##### 5.1 Estructura Factorial.

Este inventario ha sido sometido repetidamente a análisis factorial (Tasto, 1977; Calvo, 1975; Ibañez, Sabucedo y Benlloch, 1982). Para la versión de 122 ítems los factores obtenidos han sido:

1. Lawlis (1971) con pacientes psiquiátricos. miedos relacionados con la pérdida de status y suficiencia sociales, miedos a animales pequeños, miedo al sufrimiento.

2. Rothstein, Holmes, y Bobitt (1972) con pacientes psiquiátricos: obtienen 16 factores cada uno de los cuales daba cuenta de menos de un 5% de la varianza total.

3. Bates (1971) con varones neuróticos obtiene 17 factores.

4. Meikle y Mitchell (1974) con fóbicos obtienen 21 factores.

De estos resultados con poblaciones clínicas sólo cabe concluir la inestabilidad factorial de este inventario.

5. Tasto (1977) resume los principales factores de distintas investigaciones con poblaciones estudiantiles, donde sí parece haber una cierta estabilidad factorial, al margen de los nombres dados a cada factor por los distintos experimentadores: miedos sobre agresión; miedo a sucesos interpersonales (evaluación social, interacción).

6. Ibañez, Sabucedo y Belloch (1982) encontraron 10 factores en la versión reducida de 88 ítems. Estos fueron: enfermedad institucionalizada, crítica social, agresividad social, temor a los fenómenos naturales, miedo a los animales, miedo al riesgo físico, miedo a situaciones sociales desconocidas, miedos sexuales, miedos a la altura, miedo ante lo indeterminado o indefinido. Los 10 factores explican el 54.3% de la varianza total.

## 5.2 Fiabilidad

1. Hersen (1971): Consistencia interna de .97 tanto para hombres como para mujeres.

2. Suinn (1972): Fiabilidad test-retest para los cinco factores hallados por Rubin y cols. (1969) de .70 como media. tan sólo uno (miedo al aislamiento y a la soledad) mostró un coeficiente bajo (.27) para los hombres.

3. Geer (1965): para el FSS-II una consistencia interna de .939.

4. Braum y Reynolds (1969): Para la versión de 100 ítems fiabilidad test-retest (10 semanas) de .88 para hombres y .85 para mujeres.

### 5.3 Validez

#### 5.3.1. Validez de constructo.

1. Suinn (1969) encontró una correlación entre el FSS y el Test Anxiety Scale (Sarason, 1957) de .49 y .38.
2. Grossberg y Wilson (1965): Correlación con el MAS de .46.
3. Lang y Lazovick (1963): Correlación con el MAS de .80
4. Geer (1965): Con el MAS de .39 (hombres) y .57 (mujeres); con la escala de deseabilidad social (Ford, 1964) de .23 (hombres) y .27 (mujeres); y con la escala de emocionalidad de Bendig's Pittsburgh Scales (1962) de .40.

#### 5.3.2. Validez de criterio

En algunos se han utilizado tanto medidas conductuales, como el FSS para evaluar la eficacia de un tratamiento. Podemos considerar las medidas conductuales como criterio y hallar la validez predictiva o concurrente del FSS. Suponiendo que el tratamiento es efectivo y que la efectividad se refleja en las medidas conductuales, se trata de ver si el FSS también refleja esa eficacia. Este procedimiento seguido por Tasto (1977) no es bueno ya que el FSS atiende al comportamiento cognitivo y las medidas conductuales al motorico principalmente, y ambos no siempre están relacionados.

1. Lang y Lazovick (1963) emplearon desensibilización sistemática para tratar a sujetos con fobia a las arañas. Hallaron que no sólo descendió la conducta de evitación sino también su autoestimación del temor sobre el ítem del FSS. Concluyeron que el cambio, atribuible al tratamiento, se daba antes en las medidas conductuales que en las de auto-informe (FSS), pero que ambas

medidas reflejaban diferencias significativas que correspondían a la mejora.

2. Tasto (1977) revisa otros estudios (Lang, Lazovick y Reynolds, 1965; Cotler y Garlington, 1969; Robinson y Suinn, 1969; Willis y Edwards, 1969; Riller, 1969). Concluye que todos pueden ser interpretados como un apoyo a la validez de criterio del FSS. Y que su validez es mayor en poblaciones fóbicas no hospitalizadas.

## CUESTIONARIO DE TEMORES (WOLPE)

Nombre ..... Fecha .....

Los ítems de este cuestionario se refieren a objetos y experiencias que pueden causarle temor u otros sentimientos desagradables. Lea cada ítem y piense cuánto le molesta en la actualidad. Ponga una «X» en la columna que mejor lo indique.

ITEM	1 En ab- solute	2 Un poco	3 Ligera- mente	4 Mu- cho	5 Muchí- simo
1. Ruido de aspiradora .....					
2. Heridas abiertas .....					
3. Estar solo .....					
4. Voces estridentes .....					
5. Personas muertas .....					
6. Hablar en público .....					
7. Cruzar las calles .....					
8. Ver personas que parecen enfer- mas mentales .....					
9. Estar en un lugar extraño .....					
10. Caerse .....					
11. Los automóviles .....					
12. Que le molesten .....					
13. Los dentistas .....					
14. Truenos .....					
15. Sirenas .....					
16. Fracasar .....					
17. Entrar en una habitación donde ya están sentadas otras personas.					
18. Los lugares altos .....					
19. Mirar hacia abajo desde edificios altos .....					
20. Los gusanos .....					
21. Criaturas imaginarias .....					
22. Que le pongan inyecciones .....					
23. Las personas desconocidas .....					
24. Los murciélagos .....					
25. Los viajes en tren .....					
26. Enfadarse .....					
27. Las personas con autoridad .....					
28. Los insectos voladores .....					
29. Ver cómo le ponen una inyec- ción a otra persona .....					
30. Ruidos inesperados .....					
31. Los viajes en coche .....					
32. El tiempo nebuloso .....					
33. Las multitudes .....					
34. Los gatos .....					
35. Ver cómo una persona intimidada a otra .....					
36. Las personas de aspecto rudo .....					
37. Los pájaros .....					
38. Ver aguas profundas .....					
39. Que le observen mientras trabaja.					
40. Animales muertos .....					
41. Armas .....					
42. La suciedad .....					
43. Los viajes en autobús .....					

ITEM	1 En ab- solute	2 Un poco	3 Ligera- mente	4 Mu- cho	5 Muchí- simo
44. Insectos que rastrean .....					
45. Presenciar una pelea .....					
46. Personas feas .....					
47. El fuego .....					
48. Personas enfermas .....					
49. Que le critiquen .....					
50. Formas extrañas .....					
51. Que otros le toquen .....					
52. Estar en un ascensor .....					
53. Presenciar operaciones quirúrgicas .....					
54. Las personas coléricas .....					
55. Los ratones o las ratas .....					
56. Sangre humana .....					
57. Sangre animal .....					
58. Despedirse de los amigos .....					
59. Lugares cerrados .....					
60. La posibilidad de ser sometido a una operación quirúrgica .....					
61. Sentirse rechazado por otras per- sonas .....					
62. Los viajes en avión .....					
63. Olores a medicinas u hospitales.					
64. Sentirse censurado por otras per- sonas .....					
65. Serpientes-no venenosas .....					
66. Los cementerios .....					
67. Sentirse ignorado .....					
68. La oscuridad .....					
69. Arritmia cardíaca (percibe la au- sencia de algún latido) .....					
70. Hombres desnudos .....					
71. Mujeres desnudas .....					
72. Relámpagos .....					
73. Médicos .....					
74. Personas mutiladas o deformes.					
75. Cometer errores .....					
76. Sentirse ridículo .....					
77. Perder el control .....					
78. Desmayarse .....					
79. Sentir náuseas .....					
80. Sentirse diferente de los demás.					
81. Arañas inofensivas .....					
82. Estar encargado o ser responsa- ble de tomar decisiones .....					
83. Ver cuchillos u otros objetos afi- lados .....					
84. La posibilidad de enfermar men- talmente .....					



ITEM	1	2	3	4	5
	En ab- soluta	Un poco	Ligera- mente	Mu- cho	Muchí- simo
85. Pasar exámenes escritos .....					
86. Estar con una persona del sexo opuesto .....					
Grandes espacios abier- tos .....					
Pierros .....					
Microbios .....					
90. Que le vean desnudo .....					
91. Drogas .....					
92. Despedir un olor desagradable .....					
93. Ser feo .....					
94. Excitarse sexualmente .....					
95. Que Dios le castigue .....					
96. Tener pensamientos homosexua- les .....					
Que otros le dominen .....					
98. La pérdida de seres queridos ..					
99. Ir vestido de forma inapropiada ..					
100. Los sacerdotes .....					
101. Herir a otras personas .....					
102. Dejar abierta la puerta de la calle ..					
103. Besos .....					
104. Que le miren por rayos X .....					
Reír o gritar de forma incontro- lada .....					
ITEM	1	2	3	4	5
	En ab- soluta	Un poco	Ligera- mente	Mu- cho	Muchí- simo
106. Enterradores .....					
107. Dejarse el gas abierto .....					
108. Incapacidad sexual (impotencia o frigidez) .....					
109. Puertas o ventanas abiertas ..					
110. Embarazo .....					
111. La policía .....					
112. Peces, pescado .....					
113. La posibilidad de ser agredido sexualmente .....					
114. Lugares donde ha muerto al- guien .....					
115. Masturbación .....					
116. Irse de casa .....					
117. Reconocimientos físicos .....					
118. Ideas de suicidio .....					
119. La posibilidad de tener un hijo anormal .....					
120. Entrar solo en un reatro con las luces apagadas .....					
121. El matrimonio .....					
122. Los insecticidas .....					

INVENTARIO DE TEMORES PARA NIÑOS**1. AUTOR:**

Phillips, D.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Avia, Calvo, Carrillo y Labrador. Cuaderno de prácticas de Técnicas de Modificación de Conducta. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

**3. DESCRIPCION:**

Se trata de un inventario de 64 items que contiene objetos o experiencias que pueden causar miedo u otros sentimientos desagradables a los niños.

El niño evalúa la intensidad del miedo que le produce el contenido de cada item sobre una escala de 5 puntos.

Los items están descritos de forma muy genérica: Por ejemplo "nadar", "multitudes", "caerse",...

**4. CORRECCION:**

Se inspecciona la intensidad del miedo a cada item. también puede obtenerse una puntuación global sumando los items.

**5. DATOS:**

INVENTARIO DE TEMORES PARA NIÑOS

PHILLIPS, D.

228

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

Prueba de miedos para niños

Las preguntas que vas a ver a continuación se refieren a cosas y experiencias que puedan causar miedo u otros sentimientos desagradables. Lee cada una de ellas y decide cuanto te porturban a ti. Pon una X en la casilla adecuada.

	1. Nada	2. Un poco	3. Bastante	4. Mucho	5. Muchísimo
1. Oscuridad .....					
2. Contestar una pregunta en clase .....					
3. Una herida en la mano o en el brazo .....					
4. Estar solo .....					
5. Estar enfermo .....					
6. Caerse .....					
7. Cruzar calles .....					
8. Voces altas .....					
9. Tu padre enfadado contigo .....					
10. Estar en un sitio extraño .....					
11. Ser molestado .....					
12. Fracasar en un examen .....					
13. Un rayo trueno .....					
14. Dentistas .....					
15. Mirar hacia abajo desde edificios altos .....					
16. Que te pongan una inyección (un pinchazo) .....					
17. Un viaje en avión .....					
18. Nadar .....					
19. No hacer algo bien .....					
20. Entrar en una tienda .....					
21. Gente desconocida .....					
22. Multitudes .....					
23. Tu madre enfadada contigo .....					
24. Un viaje en coche .....					
25. Perder en el juego .....					
26. Bañarse .....					
27. Comer en un restaurante .....					
28. Discusión entre los padres .....					

	1. Nada	2. Un poco	3. Bastante	4. Mucho	5. Muchísimo
29. Cometer un error .....					
30. Sentirse enfadado .....					
31. Insectos .....					
32. Ser criticados .....					
33. Estar en un lugar pequeño o un ascensor con las puertas cerradas .....					
34. Serpientes inofensivas .....					
35. Un rayo .....					
36. Discutir con un amigo .....					
37. Ser ignorado .....					
38. Hospitales .....					
39. Tu profesor enfadado contigo .....					
40. Ser tocados por otros .....					
41. Hacer un examen .....					
42. Perros .....					
43. Hablar sobre tus sentimientos .....					
44. Parecer tonto .....					
45. Sentir que no caes bien a alguien .....					
46. Gérmenes .....					
47. Estar en una pelea .....					
48. Ser castigado por Dios .....					
49. Besar .....					
50. Horrir los sentimientos de otros .....					
51. La suciedad .....					
52. Ser visto sin estar vestido .....					
53. La policía .....					
54. Exploración física .....					
55. Ver a alguien sin estar vestido .....					
56. Merir .....					
57. Hablar a un adulto .....					
58. Arañas inofensivas .....					
59. Sangre .....					
60. Discutir con tu hermana o hermano .....					
61. Estar en algún sitio sin tus padres .....					
62. Murciélagos .....					
63. Gente muerta .....					
64. Los médicos .....					

### CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS DE CAUTELA

#### 1. AUTOR:

Cautela, J.R. y Uppel, D. (1976). A behavioral inventory battery: The use of self-report measures in behavioral analysis and therapy. En Hersen y Bellack (eds.): Behavioral Assessment. Pergamon Press, New York.

#### 2. VERSION ESPAÑOLA:

Cátedra de Psicodiagnóstico. Universidad Autónoma de Madrid. En Fernández Dallesteros (1983). Adaptación experimental de Thought Stopping Survey Schedule (Cautela, 1977).

#### 3. DESCRIPCION:

Se trata de un inventario nacido en el área de la modificación de conducta. No mide, por lo tanto, ansiedad como constructo, sino que evalúa la frecuencia con que se presentan en el paciente una serie de pensamientos negativos o rumiaciones. Estos pensamientos podemos considerarlos respuestas cognitivas que pueden ser calificadas de ansiosas, depresivas y de otras conductas desadaptadas. Los autores lo consideran útil para la implantación de programas de tratamiento que comprendan la técnica de detención de pensamiento.

#### 4. CORRECCION:

La simple inspección de las respuestas permite detectar aquellos pensamientos negativos que son especialmente frecuentes en el paciente.

# INVENTARIO DE PENSAMIENTOS Cautela

Nombre .....  
Fecha .....

Señale la casilla apropiada que indique con qué frecuencia tiene algún pensamiento particular de los aquí reseñados.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1. Me encuentro solo ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
2. La vida no merece la pena ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
3. Me siento estúpido ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
4. No soy atractivo ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
5. La gente no me gusta ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
6. Me gustaría tomar bebidas (alcohol) ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
7. Me gustaría comer algo ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
8. Me gustaría fumar ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
9. Me siento depresivo ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
10. Me voy a equivocar ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
11. Soy un fracasado ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
12. Me gustaría desenmascaramme ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
13. El futuro es desesperado ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
14. Me siento culpable de algunas cosas que no he hecho ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
15. Me voy a volver loco ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
16. Voy a sentir pánico ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
17. Querría matarme ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
18. Me gustaría tener una experiencia homosexual ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
19. El mundo está sucio ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
20. ¿Qué hay de malo en mí? ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
21. Me temo que voy a morirme ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
22. Temo estar solo en la vida ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
23. No encontraré a nadie que me quiera ... ..	.....	.....	.....	.....	.....
24. Me gustaría herir a alguien ... ..	.....	.....	.....	.....	.....

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
25. La gente averiguará que soy un falso ...	.....	.....	.....	.....	.....
26. Siento que algo terrible me va a ocurrir.	.....	.....	.....	.....	.....
27. Voy a perder mi trabajo ...	.....	.....	.....	.....	.....
28. No tengo bastante dinero ...	.....	.....	.....	.....	.....
29. Soy frígida (mujeres) ...	.....	.....	.....	.....	.....
30. Soy impotente (hombres) ...	.....	.....	.....	.....	.....
31. La gente piensa que soy extraño ...	.....	.....	.....	.....	.....
32. La gente piensa que soy estúpido ...	.....	.....	.....	.....	.....
33. No puedo concentrarme ...	.....	.....	.....	.....	.....
34. Necesito tomar píldoras para calmarme ...	.....	.....	.....	.....	.....
35. La gente sabrá que soy nervioso ...	.....	.....	.....	.....	.....
36. Algo anda mal en mi vida sexual ...	.....	.....	.....	.....	.....
37. No quiero ir a trabajar ...	.....	.....	.....	.....	.....
38. Alguien que me importa podría morir ...	.....	.....	.....	.....	.....
39. Estoy demasiado gordo. Soy demasiado delgado ...	.....	.....	.....	.....	.....
40. No valgo la pena ...	.....	.....	.....	.....	.....
41. Temo herir a alguien ...	.....	.....	.....	.....	.....
42. La gente podría pensar que soy homosexual ...	.....	.....	.....	.....	.....
43. Me pregunto si soy homosexual ...	.....	.....	.....	.....	.....
44. Soy una persona débil ...	.....	.....	.....	.....	.....
45. Nadie parece comprenderme ...	.....	.....	.....	.....	.....
46. El doctor no puede averiguar qué hay de malo en mí, pero yo sé que estoy enfermo.	.....	.....	.....	.....	.....
47. Si tengo relación sexual con alguien, quiero ser capaz de satisfacerle/la ...	.....	.....	.....	.....	.....
48. Siempre voy a estar nervioso ...	.....	.....	.....	.....	.....
49. Alguien va a herirme o a matarme ...	.....	.....	.....	.....	.....
50. Me estoy volviendo viejo ...	.....	.....	.....	.....	.....
51. Me gustaría no ser tan pequeño. Me gustaría no ser tan alto ...	.....	.....	.....	.....	.....
52. Pienso en experiencias homosexuales ...	.....	.....	.....	.....	.....

Escriba aquellos pensamientos que no se han mencionado pero que Vd. puede tener más de diez veces al día .....

.....

.....

Escriba algunos pensamientos que le molestan o le hagan sentirse ansioso .....

.....

.....

### INVENTARIO DE INDICACIONES PSICOFISIOLOGICOS

#### 1. AUTOR:

Cautela, J.R. y Upper, D. (1976). Referencia anteriormente indicada.

#### 2. VERSION ESPAÑOLA:

Adaptación experimental del Cues for Tension and Anxiety Survey Schedule (CTASS) de Cautela (1977) por la Cátedra de Psicodiagnóstico. Univesidad Autónoma de Madrid. En Fernández Ballesteros (1983).

#### 3. DESCRIPCION:

Se trata de un inventario de sensaciones de tensión o ansiedad. Puede utilizarse en la clínica para detectar respuestas psicofisiológicas de ansiedad. El paciente marca con una cruz las respuestas que manifiesta. Las cuestiones de la 1 a la 10 implican respuestas autonómicas, de la 11 a la 16 son motoras voluntarias y de la 17 a la 21 tienen relación con ataques de pánico. Incluye una pregunta abierta sobre las estrategias que usa el paciente para dejar de estar tenso o ansioso. Es útil no sólo para detectar conductas problema, sino también como medida post-tratamiento.

#### 4. CORRECCION:

Interesan las respuestas específicas y concretas que da el cliente con el fin de prestarles especial atención en el tratamiento.



**INVENTARIOS DE INDICADORES PSICOFISIOLOGICOS**  
**Cautela**

Nombre .....

Dirección y fecha .....

Las personas suelen percibir de distinta manera la sensación de tensión o ansiedad. Señale aquí abajo las reacciones que se podrían aplicar a Vd. Marque con una cruz las que usted perciba.

1. Vd. se siente tenso en:
  - a) En su frente (      ).
  - b) En su espalda o cuello (      ).
  - c) En el pecho (      ).
  - d) En los hombros (      ).
  - e) En el estómago (      ).
  - f) En la cara (      ).
  - g) En otras partes (      ). Especifique dónde .....
2. Vd. suda (      ).
3. Su corazón late fuerte (      ).
4. Vd. puede sentir que su corazón «se le va a salir del pecho» (      ).
5. Vd. puede oír los latidos de su corazón (      ).
6. Siente su cara roja o sofocada (      ).
7. Siente su piel fría o húmeda (      ).
8. Tiembla o se estremece en:
  - a) Sus manos (      ).
  - b) Sus piernas (      ).
  - c) Otros lugares (      ).
9. Vd. siente su estómago como si estuviera en un ascensor que acaba de parar (      ).
10. Siente náuseas en el estómago (      ).
11. Se siente a sí mismo como presionado por algo que le oprime (      ).

12. Se arrasca en alguna parte de su cuerpo ( ). (Especifique qué parte del cuerpo.)

13. Cuando cruza las piernas, las mueve hacia arriba y hacia abajo ( ).

14. Se muerde las uñas ( ).

15. Le rechinan los dientes ( ).

16. Tiene problemas al hablar ( ).

17. Se siente como si se fuera a ahogar ( ).

18. Se siente débil ( ).

19. Se siente mareado ( ).

20. Se siente que respira o muy deprisa o lentamente ( ).

Cuando Vd. se encuentra tenso o ansioso, ¿qué hace normalmente para desembarazarse de ese sentimiento? .....

.....

.....

.....

#### Aclaraciones

Las cuestiones de la 1 a la 10 implican respuestas autonómicas.

De la 11 a la 16 se refieren a respuestas motoras voluntarias.

De la 17 a la 21 tienen relación con ataques de pánico.

CUETIONARIO DE SINTOMAS DE ANSIEDAD (A.S.Q.)  
de LEHRER Y WOOLFOLK

**1. AUTORES:**

Lehrer y Woolfolk (1972): Self-report assessment of anxiety: Somatic, cognitive, and behavioral modalities. Behavioral Assessment 4, 167-177.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Antonio Cano Windel

**3. DESCRIPCION:**

Se trata de una escala de 36 items que se ha obtenido con metodología factorial a partir de items del MMPI, el STAI y de items generados por los autores. Pretende medir tres factores independientes: conductual, cognitivo y somático. El factor conductual mide evitación social; el cognitivo, principalmente preocupación; y al somático lo substitulan hiperventilación, por tener los items de este contenido mayor peso factorial dentro de este factor. En realidad, estos tres factores no son independientes pues las correlaciones entre ellos son significativas al 1 por mil. También hay que destacar, que a pesar de haber utilizado los autores muestras muy distintas de items (en estudios previos a la versión final de 36 items), y en distintas muestras de sujetos, los 3 factores nunca han llegado a explicar ni un 40% de la varianza total, apareciendo siempre un primer factor que explicaba mucha más varianza que los dos siguientes. El criterio adoptado para incluir un item en un factor fue que su peso factorial fuese igual o superior a 0.5, pero no se informa de los pesos de cada item en los otros dos factores.

Así pues, el mérito de esta escala es que proporciona para cada sujeto 3 puntuaciones, una para cada componente de la ansiedad (conductual, cognitivo y somático), a través de la valoración que el propio sujeto hace de sus síntomas sobre una escala de 9 puntos. No estamos de acuerdo con los autores cuando califican a sus tres factores de ortogonales, pues la evidencia empírica obtenida por ellos no apoya dicho calificativo. Por otra parte, hay que tener en cuenta que las 3 puntuaciones se obtienen a partir de datos de autoinforme, y que los estudios de validación se han hecho también con pruebas de autoinforme.

Las medidas de autoinforme serían imprescindibles para validar el factor cognitivo, pero no así para el conductual y el fisiológico, para los que existen medidas más finas (observacionales y fisiológicas, respectivamente).

Por último, señalar que los autores la consideran una escala de rasgo que mide los 3 componentes de éste (Woolfolk y cols., 1982).

#### 4. CORRECCION:

Se suman las puntuaciones de todos los ítems de cada factor, obteniéndose tres puntuaciones: una en ansiedad somática (ítem 1-16), otra en conductual (ítem 17-25) y otra en ansiedad cognitiva (ítem 26-36).

#### 5. DATOS:

(Lehrer y Woolfolk, 1982; Woolfolk y cols., 1982)

### 5.1. Estructura factorial:

Se obtienen tres factores, el primero recoge los items de contenido somático, el 2º los de contenido conductual, y el 3º los de contenido cognitivo. No se informa de los pesos de estos items en los otros factores. Los 3 factores explicaban el 37.9% de la varianza total, correspondiendo al primer factor el 28.3%; al segundo, 6.1%; y al tercero, 3.4%.

### 5.2. Fiabilidad:

Método de las dos mitades (Nunnally, 1967) sobre la versión de 36 items:

- Factor somático  $r_{xx} = .93$
- Factor conductual  $r_{xx} = .91$
- Factor cognitivo  $r_{xx} = .92$

### 5.3. Validez:

En la tabla 3 de Lehrer y Woolfolk (1982,p.173) se detallan los estudios de validez llevados a cabo.

#### Comentarios:

#### a) Con medidas de autoinforme:

##### 1.- S.T.A.I.

Los items del STAI son de contenido fundamentalmente cognitivo. La correlación más alta se da con el factor cognitivo. Pero las correlaciones con otros factores son también significativas al 1 por mil.

2.- Neuroticismo (EPI)

Las correlaciones más altas se dan con el factor cognitivo.

3. Introversión (EPI)

Las más altas se dan con la escala conductual. los autores concluyen que esta escala parece medir la introversión neurótica de Eysenck. Pero algo similar podría decirse de la escala cognitiva.

4. S.C.L.-90

De las altas correlaciones con esta escala los autores concluyen que la suya tiene utilidad clínica. En lo que se refiere a su poder de discriminación, a través de los tres factores, sólo la subescala de somatización de SCL-90 aporta cierta validez, al correlacionar más alto con el factor somático que con los otros.

5. I.P.A.T., escala de Edwards y escala de Lykken.

Los tres factores se comportan de la misma forma: los tres factores miden ansiedad (IPAT), los tres miden altas dosis de deseabilidad social (Edwards), y ninguno de los tres correlaciona con preferencias de actividades.

b) Con las estimaciones de los psiquiatras (escala de Hamilton).

Proporciona cierta validez al factor somático, pues correlaciona alto con el factor fisiológico de Hamilton y no con el psíquico, pero no valida al factor cognitivo, pues no correlaciona de forma significativa ni con el factor fisiológico ni con el psíquico.

[illegible]

**SUPA**

- 26.- No puedo sacar algún pensamiento de mi mente .....
- 27.- No puedo sacar alguna escena o imágenes de mi mente .
- 28.- Imagino alguna desgracia futura .....
- 29.- Pienso en posibles desgracias de las personas que quie  
ro .....
- 30.- Tengo una sensación de inquietud .....,.....
- 31.- Estoy preocupado porque otros puedan no pensar bien  
de mí .....
- 32.- Me mantengo ocupado para evitar pensamientos desagra-  
dables .....
- 33.- Insisto en los errores que he cometido .....
- 34.- Tengo que estar atento para no dejar ver mis sentimien  
tos reales .....
- 35.- Me imagino a mí mismo mostrándome idiota con una per-  
sona cuya opinión es importante .....
- 36.- No puedo concentrarme en una tarea o trabajo sin que  
me molesten pensamientos irrelevantes .....

**SUMA**

NOTA: Los items 1-16 forman el factor somático (hiperventilación),  
los items 17-25 el factor conductual (evitación social),  
y los items 26-36 el factor cognitivo (preocupación)

PUNTUACION EN ANSIEDAD SOMATICA .....

Puntuación en Ansiedad Conductual .....

PUNTUACION EN ANSIEDAD COGNITIVA .....

**SUMA** .....

Apellidos .....

Nombre .....

Grupo .....

Fecha .....



ESCALAS DE ANSIEDAD EN LA INTERACCION Y DE LA ANSIEDAD  
ANTE UN PUBLICO

1. AUTOR:

Leary, M.R. (1983): Journal of Personality Assessment, 47,1

2. VERSION ESPAÑOLA:

Almagro Antón López

3. DESCRIPCION:

Consta de dos escalas, una de interacción social con 15 ítems y otra de ansiedad de hablar en público con 12 ítems. Se puntúa en una escala de 0 a 4 donde 0 es nada y 4 excesivamente. La escala mide ansiedad social.

4. CORRECCION:

En la escala de ansiedad ante la interacción se invierte la puntuación de los ítems 3, 6, 10, 5. En la escala de ansiedad al hablar en público se hará lo mismo con los ítems 2 y 8.

5. DATOS:

Fiabilidad test-retest (8 semanas) de .80 para la escala de interacción y de .84 para la de hablar en público.

Validez: correlaciones de .78 (interacción) y .64 (público) con el Social Anxiety (Fenigstein, Sheier y Buss, 1975); de .32 con

la escala abreviada del FNE; de .63 y .84 con la escala de Paul (1966); y de .73 y .24 con la escala de Watson y Friend (1969).

ESCALA DE ANSIEDAD EN LA INTERACCION de LEARY

	NADA	POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	EXTREMADAMENTE
	0	1	2	3	4
1.- A menudo me siento nervioso incluso en encuentros casuales					
2.- Frecuentemente me siento incómodo cuando estoy en un grupo de gente que no conozco					
3.- Normalmente estoy natural cuando hablo con un miembro del sexo opuesto					
4.- Me pongo nervioso cuando tengo que hablar con un profesor o con un jefe					
5.- En las fiestas normalmente me siento ansioso e incómodo					
6.- Soy probablemente menos tímido en las relaciones sociales que la mayoría de la gente					
7.- Algunas veces me siento tenso cuando hablo con una persona de mi mismo sexo si no la conozco muy bien					
8.- Me pondría nervioso si estuviera siendo entrevistado para un trabajo					
9.- Me gustaría tener mayor confianza en las situaciones sociales					
10.- Raramente me siento ansioso en las situaciones sociales					
11.- En general soy una persona tímida					
12.- A menudo me siento nervioso cuando hablo con una atractiva persona del sexo opuesto					
13.- A menudo me siento nervioso cuando llamo a alguien por teléfono que no conozco muy bien					

245

NADA	POCO	NOR- MAL	BAS- TAN- TE	ENTRE NADA- NIENTE
0	1	2	3	4

14.- Me pongo nervioso cuando hablo con alguien que tiene una autoridad

15.- Normalmente me siento relajado con otras personas incluso si estas personas son bastante diferentes a mí

APELLIDOS ..... NOMBRE .....

FECHA ..... GRUPO .....

ESCALA DE ANSIEDAD ANTE UN PUBLICO de LEARY

	NADA	POCO	MODERADO	BASTANTE	EXTRAMEDIANAMENTE
	0	1	2	3	4
1.- Normalmente me pongo nervioso cuando hablo a un grupo					
2.- Me divierto hablando en público					
3.- Siento terror cuando tengo que aparecer ante un grupo					
4.- Sería terrible si tuviera que aparecer ante una gran audiencia					
5.- Se me revuelve el estómago cuando debo hablar o representar algo ante otros					
6.- Me sentiría torpe y tenso si supiera que alguien me estaba filmando con una cámara					
7.- Mis pensamientos se confunden cuando hablo delante de un público					
8.- No me importa hablar en público si he ensayado lo que voy a decir					
9.- Me gustaría no ponerme tan nervioso cuando hablo en público					
10.- Si fuera músico probablemente sentiría terror antes de un concierto					
11.- Cuando hablo ante otros me preocupa quedar bien					
12.- Me pongo nervioso cuando debo hacer una presentación en el colegio o en el trabajo					

APELLIDOS .....

NOMBRE .....

FECHA .....

Grupo .....

### CUESTIONARIO DE SITUACIONES SOCIALES

#### 1. AUTORES:

Bryan y Trower (1974): Social difficulty in a student sample. British Journal of Educational Psychology 44, 13-21.

#### 2. VERSION ESPAÑOLA:

Avia, Calvo, Carrillo y Labrador. Cuaderno de prácticas de Técnicas de Modificación de Conducta. Facultad de Psicología de la U.C.M.

#### 3. DESCRIPCION:

Consta de 30 situaciones sociales que el sujeto debe evaluar con el fin de conocer su grado de adaptación a las mismas. Cada situación se evalúa 3 veces:

- Dificultades que presenta actualmente el sujeto ante cada situación sobre una escala de 5 puntos.
- Dificultades que presentaba hace un año. Sobre una escala de 5 puntos.
- Frecuencia con que el sujeto ha vivido cada situación en los últimos 3 meses.

No se trata propiamente de una escala de ansiedad. Puede ser útil, especialmente en la clínica y en la investigación (véase el trabajo de Ost, Jerremalm y Johansson, 1981, o el de Trower y cols, 1978, en los que se utiliza este instrumento de medida). Sirve, como medida de autoinforme, para evaluar las respuestas de evitación a las situaciones sociales definidas. Al medir no sólo el grado de dificultad, sino también frecuencia, puede dársele otros

usos. Se puede tomar como un índice de ansiedad social, pero también como grado de habilidades sociales. Los autores hacen esta diferenciación (Trower y cols., 1978) clasificando a los sujetos en fóbicos sociales y sujetos con déficit de habilidades sociales.

Presenta la ventaja, frente a otras medidas de auto-informe, que incluye situaciones estimulares, definidas además, con una cierta precisión, aunque todas ellas sean de un sólo tipo (sociales).

#### 4. CORRECCION O EVALUACION:

En la clínica interesa cada situación en particular. De cada una tendremos 3 puntuaciones:

- dificultades presentes. .
- dificultades hace un año.
- frecuencia con que se vivido en los últimos 3 meses.

Pueden obtenerse 3 índices para el total de las situaciones. Puede, además, agruparse los dos índices de dificultad, y obtener así uno de dificultad y otro de frecuencia. Por último, puede obtenerse un sólo índice global.

#### 5. DATOS:

**NUMERO :**

[illegible]



## 250

250

CUESTIONARIO DE SITUACIONES SOCIALES

151

	PRESENTE						HACE UN AÑO			
	0 NADA	1 DIFICULTAD	2 MODERADA DIFICULTAD	3 GRAN DIFICULTAD	4 EVITO SI ES POSIBLE		0	1	2	3 4
21. Aproximarse a otros-hacer el primer movimiento para iniciar una amistad.....										
22. Tomar decisiones ordinarias frecuentando a otros.....										
23. Estar sólo con una persona más que con un grupo.....										
24. Conocer gente en profundidad.										
25. Tomar la iniciativa en el mantenimiento de una conversación.....										
26. Mirar a la gente directamente a los ojos.....										
27. Discrepar con respecto a otra persona y mantener los puntos de vista.....										
28. Las personas que están de pie o se sientan cerca de ti.....										
29. Hablar de ti o de tus sentimientos en una conversación..										
30. Que la gente te mire.....										

FRECUENCIA ( 3 meses )

1 CADA DIA  
2 1 VEZ A SEMANA  
3 1 VEZ CADA 2 SEMANAS  
4 1 VEZ AL MES  
5 - 2 VECES N 3 MESES  
6 ADA EN 3 MESES  
7 NUNCA

**ESCALA DE TEMOR A LA EVALUACION NEGATIVA (FNE)**  
**DE WATSON Y FRIEND**

**1. AUTORES:**

Watson y Friend (1969): Measurement of social-evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology 33, 448-457.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Francisco Gil (1981) Eficacia de los distintos métodos en el entrenamiento de la habilidad social de hablar en público. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid.

**3. DESCRIPCION:**

La escala "Fear of Negative Evaluation" (FNE), elaborada también por Watson y Friend (1969) al igual que la S.A.D., pretende evaluar la ansiedad social, específicamente el miedo en general que la gente tiene a ser criticada o evaluada negativamente. De una forma más específica, los propios autores definen la variable evaluada por esta escala como "la aprensión acerca de las evaluaciones de los demás, la evitación de dichas situaciones de evaluación, y la expectación de que las demás personas le evalúen a uno negativamente" (p. 449)

La escala original consta de 30 ítems de respuesta Verdadero-Falso.

#### 4. CORRECCION O EVALUACION:

Se suma un punto por cada uno de los siguientes items respondidos como "Verdadero": 2,3,5,7,8,9,11,13,14,17,19,20,22,25,-28,29 y 30. Así mismo, se suma un punto por cada uno de los siguientes items respondidos con "Falso": 1,4,6,10,12,15,16,18,-21,23,26,27.

#### 5. DATOS:

Gil (1981) con una muestra de 210 sujetos encontró que el coeficiente alfa era de 0.908.

Watson y Friend (1969): Correlación media de cada ítem con el total de las dos escalas (FNE y SAD)=0.72. Coeficiente KR-20=0.94. Fiabilidad test-retest con un mes de intervalo en una muestra de 154 estudiantes universitarios=0.78. Media de los hombres (N=60) = 13.97. Media de las mujeres (N=145) = 16.10

Arkowitz y cols. (1975), citado en Tasto (1977), hallaron las correlaciones entre S.A.D., y el S-R I.A., obteniendo que la más baja era de 0.58 y la más alta de 0.71, y las tres significativas al 1 por mil

ESCALA ABREVIADA DE TEMOR A LA EVALUACION NEGATIVA (B-FNE)

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes expresiones cuidadosamente e indique hasta qué punto es característica de ud. de acuerdo con la siguiente escala.

- 1.- Me preocupa lo que la gente va a pensar de mí aun cuando yo sepa que ello no me afectará
- 2.- No me preocupo aunque sepa que la gente se está formando una impresión desfavorable de mí
- 3.- Suelo tener miedo a la gente cuando se da cuenta de mis defectos
- 4.- Raramente me preocupa qué clase de impresión pueda causar a alguien
- 5.- Tengo miedo de que otras personas no me acepten
- 6.- Tengo miedo de que la gente me censure
- 7.- No me molestan las opiniones de otras personas sobre mí
- 8.- Cuando hablo a alguien me preocupa lo que pueda pensar de mí
- 9.- Normalmente me preocupa la clase de impresión que cause
- 10.- Me afecta poco saber que alguien está juzgándome
- 11.- Algunas veces pienso que me preocupa demasiado lo que otros piensen de mí
- 12.- A menudo me preocupa decir o hacer las cosas mal

NADA CARACTERÍSTICO DE MÍ	LIGERAMENTE CARACTERÍSTICO DE MÍ	MODERADAMENTE CARACTERÍSTICO DE MÍ	MUY CARACTERÍSTICO DE MÍ	EXTREMAMENTE CARACTERÍSTICO DE MÍ
1	2	3	4	5

Apellidos .....

Nombre .....

Fecha,.....

Grupo .....

**ESCALA ABREVIADA DE TEMOR A LA EVALUACION NEGATIVA (B-FNE)****1. AUTOR:**

Leary, M.R. (1983) a Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Antonio Cano Vindel.

**3. DESCRIPCION:**

Leary (1983) ha extraído 12 ítems de los 30 de la Fear of Negative Evaluation Scale (F.N.E.) de Watson y Friend (1969). El criterio de selección ha sido que ítem correlacionara más de .50 con el total de la escala. Hay otra modificación respecto de la escala original: en lugar de responder "verdadero" o "falso", hay que evaluar cada ítem sobre una escala de 5 puntos (desde "nada de característico de mí", hasta "extremadamente característico de mí").

Al medir un aspecto tan específico, los 30 ítems de la escala original resultaban muy repetitivos. La escala abreviada viene a corregir esto, en parte. Además, como la correlación entre ambas es muy elevada (.96), supone un ahorro de tiempo, sin que disminuyan sus propiedades psicométricas.

#### 4. CORRECCION O EVALUACION:

Sumando las puntuaciones dadas a cada item. Previamente se intervienen las puntuaciones de los items que no indican ansiedad, que son: el 2, el 4, el 7, y el 10.

#### 5. DATOS: (Leary, 1983)

Media = 35.7

D. Típica = 8.10

Correlación con escala original (FNE)=.96

Datos de distintas muestras: (Leary, 83)

- N=150 Índice alfa (Cronbach)=.90 (.92 para la FNE)  
KR-20=.94 (para la FNE)
- N=75 Coeficiente de fiabilidad tes-retest, al cabo de 4 semanas:  
.75 (B-FNE) y .68 (para la FNE)
- N=85 Al dividir a los sujetos en altos y bajos por la mediana, el acuerdo entre ambas escalas fue de 93%.
- N=76 Esta escala correlaciona: (todas significativas)  
.35 con la subescala de ansiedad del S.A.D. (Social Avoidnce and Distress: Watson y Friend, 1969).  
.19 con la subescala de evitación del S.A.D.  
.32 Con Interaction Anxiousness Scale (Leary, 1983 B)

## ESCALA DE TEMOR a la EVALUACION NEGATIVA (FNE).

Y.M.E.  
Fecha  
Grupo

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación hay escritas varias frases que describen sensaciones que las personas suelen experimentar al ser evaluadas y juzgadas por los demás. Trata de decirme, guiado por tus primeras impresiones, qué frases reflejan mejor tus propias opiniones y sensaciones. Para ello rodea con un círculo la letra V (VERDADERO) si consideras que la frase refleja lo que tu opinas y experimentas en relación con las situaciones sociales que se te presentan. Rodea la F (FALSO) si la frase no te describe a ti. Recuerda que esta información es confidencial y no te olvides de responder a ninguna de las frases. Adelante.

1. No me suele preocupar parecer tonto a los demás.....V F
2. Aun sabiendo que no me afecta, me preocupa lo que la gente va a pensar de mí.....V F
3. Me pongo en tensión y nervioso si sé que alguien me está mirando para juzgarme.....V F
4. Me es indiferente la impresión que la gente tenga de mí, incluso aun- que sea desfavorable.....V F
5. Me siento muy a disgusto cuando me to la pava en una reunión.....V F
6. Me importan poco las opiniones que cierta gente relevante tenga de mí.....V F
7. Me suele preocupar el que pueda parecer tonto o quedar en ridículo.....V F
8. Me queda cortado cuando no caigo bien a otras personas.....V F
9. Suelo tenerle miedo a la gente cuando se da cuenta de mis defectos.....V F
10. Me importa muy poco que no le caiga bien a algunas personas.....V F
11. Cuando alguien está hablando de mí, suelo esperarme lo peor.....V F
12. No me suele preocupar la impresión que pueda causarle a alguien.....V F
13. Tengo miedo que algunas personas no me acepten.....V F
14. Tengo miedo que la gente me critique.....V F
15. No me molestan las opiniones que algunas personas tengan de mí.....V F
16. No me siento especialmente preocupado sino le agrado a alguien.....V F
17. Cuando hablo con alguien, me preocupa lo que pueda pensar de mí.....V F
18. Puesto que sé que uno a veces no puede evitar cometer equivocaciones en situaciones sociales, no veo el motivo de preocuparse por ello.....V F
19. Normalmente me preocupa la impresión que cause.....V F
20. Me preocupa mucho lo que mis superiores piensen de mí.....V F
21. Me trae sin cuidado saber que alguien me está juzgando.....V F
22. Me preocupa que algunos piensen que no valgo nada.....V F
23. Me trae sin cuidado lo que algunas personas piensen de mí.....V F
24. A veces pienso que me preocupa mucho lo que algunos piensen de mí.....V F
25. Normalmente me preocupa el que pueda equivocarme al decir o hacer algo.....V F
26. Me suelen ser indiferentes las opiniones que otras personas tengan de mí.....V F
27. Generalmente estoy seguro de que algunos tendrán una opinión favorable de mí.....V F
28. Normalmente me preocupa que aquellos que para mí son importantes no me tengan suficientemente en cuenta.....V F
29. Me obsesiona con las opiniones que mis amigos tienen de mí.....V F
30. Me pongo en tensión y muy nervioso si conozco que estoy siendo juzgado por mis superiores.....V F



**AUTOINFORME SOBRE LA SEGURIDAD DE HABLAR EN PUBLICO**  
**(P.R.C.S.) de PAUL**

**1. AUTOR:**

Paul (1966) Insight versus desentization in psychotherapy:  
 An experiment in anxiety reduction. Stanford University Press.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Francisco Gil (1981) Eficacia de los distintos métodos en el  
 entrenamiento de la habilidad social de hablar en público. Tesis  
 Doctoral.

**3. DESCRIPCION:**

El "Personal report of confidence as a speaker" (PRCS)  
 elaborado por Paul (1966) siguiendo el cuestionario original de  
 Gilkinson (1942), pretende evaluar la ansiedad que experimentan  
 las personas al hablar en público, indagando las sensaciones y  
 sentimientos relacionados, concretamente, con la charla más recien-  
 te.

Consta de treinta items de respuesta Verdadero-Falso.  
 Quince de ellos están redactados de tal forma que la persona que  
 los considera verdaderos, muestra seguridad al hablar en público,  
 y los otros, 15, inseguridad y ansiedad.

Se ha utilizado en investigación como criterio de selección  
 inicial de los sujetos en estudios sobre ansiedad de hablar en pú-  
 blico.

#### 4. CORRECCION O EVALUACION:

Se da un punto a cada item que respondido como Verdadero implica una respuesta de ansiedad, y se da otro punto a cada item respondido como Falso que implique falta de seguridad. Los items que al ser respondidos como Verdaderos implican ansiedad son: 2,3,5,7,8,13,15,18,19,20,24,25,26,28,29.

Los items que al ser respondidos como Falso implican ansiedad o falta de seguridad son:  
1,4,6,9,10,11,12,14,16,17,21,22,23,27,30

#### 5. DATOS:

Gil (1981) con una muestra de 210 sujetos halló un coeficiente alfa de 0.901.

## AUTOINFORME SOBRE LA SEGURIDAD DE HABLAR EN PÚBLICO (PRCS)

PRCS  
Fecha  
Grupo  
Nota

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario está compuesto de 30 ítems relacionados con los sentimientos de confianza para hablar en público. Después de cada pregunta hay un "verdadero" (V) o "falso" (F). Intenta decidirte en cada ítem por el V ó F de acuerdo a los sentimientos que tengas asociados a la última experiencia de hablar en público. Esta información es totalmente confidencial. Contesta de prisa y no pierdas mucho tiempo en ninguna de las preguntas. Quiero que me digas tu primera impresión. Adelante y no te olvides de contestar ningún ítem.

1. Me alegra encontrar una oportunidad para hablar en público.....V F
2. Me tiemblan las manos cuando trato de coger algo estando en la tarima.....V F
3. Tengo un miedo constante de olvidarme lo que voy a hablar.....V F
4. La gente que me escucha me parece amable cuando me dirijo hacia ella.V F
5. Mientras preparo la charla me encuentro en un constante estado de ansiedad.....V F
6. Al final de la charla siento que he tenido una experiencia agradable.V F
7. Me desagrada utilizar el cuerpo y la voz de forma expresiva.....V F
8. Cuando hablo delante de gente, los pensamientos se me confunden y mezclan.....V F
9. No tengo miedo de enfrentarme a gente que me escucha.....V F
10. Aunque estoy nervioso justamente antes de ponerme de pie, pronto olvido mis temores y me agrada la experiencia.....V F
11. Afronto con completa confianza la situación de dar una charla.....V F
12. Siento que me controlo totalmente mientras hablo.....V F
13. Prefiero tener anotaciones a mano por si olvido mi charla.....V F
14. Me alegra observar las reacciones de la gente a mi charla.....V F
15. Aunque hablo con fluidez con mis amigos, no encuentro palabras para expresarme en la tarima.....V F
16. Me siento relajado y a gusto mientras estoy hablando.....V F
17. Aunque no me gusta hablar en público, no le tengo particular temor...V F
18. Siempre que sea posible evito hablar en público.....V F
19. Al mirar a la gente cuando estoy hablando, sus caras se desfiguran...V F
20. Me siento disgustado conmigo mismo después de tratar de dirigirme a un grupo de personas.....V F
21. Me agrada preparar una charla.....V F
22. Tengo la cabeza despejada cuando estoy delante de gente a quien doy una charla.....V F
23. Tengo, más bien, fluidez verbal.
24. Sudor y temblo antes de levantarme para hablar.....V F
25. Mi postura parece forzada y poco natural.....V F
26. Tengo miedo y estoy tenso todo el tiempo que estoy hablando en público.V F
27. La posibilidad de hablar en público me parece relativamente agradable..V F
28. Me resulta difícil buscar con calma en mi cabeza las palabras adecuadas para expresar mis pensamientos.....V F
29. Me siento aterrorizado ante la idea de hablar ante un grupo de personas.V F
30. Tengo la sensación de estar alerta al hablar en público.....V F

**ESCALA DE EVITACION Y ANSIEDAD SOCIAL (S.A.D.)**  
**de WATSON Y FRIEND**

**1. AUTORES:**

Watson y Friend (1969) Measurement of social-evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology 33,448-457.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Francisco Gil (1981) Eficacia de los distintos métodos en el entrenamiento de la habilidad social de hablar en público. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid.

**3. DESCRIPCION:**

La "Social Avoidance and Distress Scale" (SAD) es una de las escalas elaboradas por Watson y Friend (1969) para evaluar la ansiedad social.

Esta escala consta de dos subescalas, una de Evitación Social definida como "la evitación, o el deseo de evitar, estar y hablar con otras personas, o escapar de ellas por la razón que sea"; y la otra de Ansiedad Social, definida como "la experiencia de cualquier emoción negativa, como sentirse preocupado, angustiado, tenso o ansioso en interacciones sociales" (p.449).

Estas dos subescalas parece que se refieren, aunque no exactamente, la primera (Evitación Social) al componente motórico o conductual, y la segunda (Ansiedad Social) al componente cognitivo, de la ansiedad social.

El autoinforme consta de 28 ítems de respuesta Verdadero y Falso.

#### 4. CORRECCION O EVALUACION:

Se puntúan (con 1 punto) los siguientes items si son respondidos como "Verdadero": 2, 5, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26. Así mismo, se da un punto a los siguientes items si son respondidos como "Falso": 1, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 15, 17, 22, 25, 27 y 28.

#### 5. DATOS:

Gil (1981) con una muestra de 185 sujetos obtuvo un coeficiente alfa de 0.892.

Tasto (1977): la correlación media de cada item con el total de las escalas (SAD y FNE) es de 0.77; y coeficiente KR-20 de 0.94.

Fiabilidad test-retest con un mes de intervalo en una muestra de 154 estudiantes universitarios fue de 0.68. las diferencias entre sexos fueron significativas: Mujeres, N=145,  $X=8.24$ ; Hombres, N=60,  $X=11.20$  (Watson y Friend, 1969).

## ESCALA de EVITACION y ANSIEDAD SOCIAL (SAD).

S.A.D.  
Fecha  
Grupo

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación encontrarás descritas sensaciones y conductas que las personas manifiestan en distintas situaciones sociales. Trata de decirme, guiado por tus primeras impresiones, cuáles te caracterizan más a ti. Para ello rodea con un círculo la letra V ("verdadero") si consideras que el contenido de cada una de las frases refleja tu reacción más típica en tales situaciones. Rodea la F ("falso") si tu comportamiento es diferente. Responde a todos los ítems y recuerda que esta información es confidencial.

1. Estoy tranquilo, incluso en situaciones sociales no habituales.....V F
2. Intento evitar aquellas situaciones que exigen que sea muy sociable...V F
3. Me resulta fácil tranquilizarme cuando estoy con desconocidos.....V F
4. No tengo especial intención de eludir a la gente.....V F
5. Las situaciones sociales a menudo me desconciertan.....V F
6. Me suelo encontrar tranquilo y a gusto en situaciones sociales.....V F
7. Estoy a gusto hablando con personas del otro sexo.....V F
8. A no ser que conozca bien a la gente, evito hablarle.....V F
9. Generalmente aprovecho cualquier oportunidad de conocer gente nueva...V F
10. Suelo sentirme nervioso y estar en tensión en reuniones en las que están presentes personas de ambos sexos.....V F
11. Suelo estar nervioso cuando estoy con gente, a no ser que la conozca bien.....V F
12. Normalmente estoy tranquilo cuando estoy con un grupo de personas....V F
13. A menudo deseo evadirme de la gente.....V F
14. Suelo encontrarme a disgusto cuando estoy en un grupo de gente que no conozco.....V F
15. Generalmente estoy tranquilo cuando me veo con alguien por primera vez.....V F
16. Me pongo nervioso y estoy en tensión cuando soy presentado a alguien..V F
17. No tengo problema de entrar en ningún sitio, aunque esté lleno de desconocidos.....V F
18. No me gusta abordar ni juntarme a un grupo numeroso de personas.....V F
19. A no ser que mis superiores se dirijan a mí, yo no hablo a gusto con ellos.....V F
20. Suelo estar muy nervioso cuando me encuentro en un grupo de personas..V F
21. Tiendo a alejarme de la gente.....V F
22. No tengo inconveniente en dirigirme a la gente en reuniones y fiestas sociales.....V F
23. Es difícil que me encuentre a gusto en un grupo numeroso de personas..V F
24. Suelo buscar excusas para evitar compromisos sociales.....V F
25. Algunas veces tomo la iniciativa de presentar a la gente entre sí.....V F
26. Intento rehuir encuentros sociales formales.....V F
27. Generalmente voy a todos los compromisos sociales que se me presentan.V F
28. Me suelo encontrar tranquilo estando con otras personas.....V F

SOCIAL INTERACCION SELF-STATEMENT QUESTIONNAIRE (SISST)

1. AUTORES:

Glass, C.R.; Merluzzi, Th.V.; Bievér, J.L.; Larsen, K. H. (1982). Cognitive Assesment of Social Anxiety: Development and Validation of a Self-Statement Questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 6, 37-55.

2. VERSION ESPAÑOLA:

Antonio González

3. DESCRIPCION:

Dentro del enfoque cognitivo de la ansiedad social se intenta medir el rasgo de ansiedad ante interacciones con otras personas. La escala fue creada por los autores para la utilización en la práctica clínica, con terapias de tipo cognitivo. Los items fueron creados a partir de los pensamientos escritos de cincuenta y cinco sujetos provocados por diez situaciones de interacción social.

4. CORRECCION O EVALUACION:

De los 30 items, hay 15 positivos y 15 negativos. Se suman las puntuaciones de los quince items positivos, invirtiendo las puntuaciones de las negativas y sumándolas a las anteriores. Los positivos son: 2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 24, 25, 27, 28 y 30. Negativos: 1, 3, 5, 7, 8, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 26 y 29.

#### 5. DATOS:

Fiabilidad por el método de las dos mitades para los ítems positivos de .73, y para los negativos de .86. Los ítems positivos correlacionan .75 con habilidad social y -.53 o -.76 (mujeres y hombres) con ansiedad. La ansiedad fue medida por el SAD (Watson y Friend, 1969) y la habilidad social por el SHI (Twentyman y McFall, 1975). Las correlaciones se dan en el mismo sentido cuando se utilizan medidas observacionales.

El análisis factorial produce cuatro factores que explican el 91.5% de la varianza, explicando el primer factor el 60.9%. Los factores son: autoevaluación negativa (self-depreciation), anticipación de consecuencias positivas (positive-anticipation), temor ante la evaluación negativa (fear negative evaluation), reevaluación de la situación (coping).



TEST DE AUTOMANIFESTACIONES EN LA INTERACCION SOCIAL (SISST) de Glass y cols.

[illegible]

INSTRUCCIONES: Es obvio que la gente piensa una varia  
dad de cosas cuando está implicada en diferentes si-  
tuaciones sociales. La siguiente es una lista de co-  
sas que tu puedes haber pensado de ti mismo en algún  
momento antes, durante y después de una interacción en  
la que estuviste implicado. Lee cada ítem y decide la  
frecuencia que puedes haber pensado algo parecido an-  
tes, durante y después la interacción. Utiliza la es-  
cala para indicar la frecuencia de tus pensamientos.  
POR FAVOR, CONTESTA LO MAS SINCERAMENTE POSIBLE.

- 1.- Cuando no sé qué decir me pongo muy ansioso ....
- 2.- Normalmente puedo hablar a chicas muy guapas ....
- 3.- Espero no ponerme en ridículo .....
- 4.- Estoy empezando a sentirme más tranquilo .....
- 5.- Estoy realmente asustado por lo que ella pueda pensar de mí .....
- 6.- Nada de preocupaciones, ni miedos, ni ansiedades.
- 7.- Estoy muerto de miedo .....
- 8.- Seguramente ella no estará interesada por mí ....
- 9.- Tal vez pueda tranquilizarla tomando la iniciativa
- 10.- En vez de preocuparme puedo pensar en la mejor forma de llegar a conocerla .....
- 11.- No estoy demasiado cómodo en una reunión con chicas así las cosas están destinadas a ir mal ....
- 12.- ¡Qué más da! Lo peor que puede suceder es que yo no le interese .....
- 13.- Ella puede estar tan interesada en hablar conmigo como yo con ella .....
- 14.- Esta será una buena oportunidad .....
- 15.- Si estropeo esta conversación, perderé realmente la confianza en mí mismo .....
- 16.- Lo que diré probablemente parezca estúpido ....
- 17.- ¿Qué puedo perder? Es solamente un intento ....
- 18.- Esta es una situación embarazosa, pero puedo manejarla .....

[illegible]

	C A S I N U N C A	R A R A M E N T E	A L G U N A S V E C E S	A M E N U D O	M U Y A M E N U D O
	1	2	3	4	5
19.- ¡Bah! No quiero hacer ésto .....					
20.- Si ella no me respondiera me haría polvo .....					
21.- Tengo que causarle buena impresión o me sentiré fatal .....					
22.- Está igual que un idiota cohibido .....					
23.- Probablemente estallaré de alguna forma .....					
24.- Puedo manejar cualquier cosa.....					
25.- Aunque las cosas no vayan bien, no es una catástrofe .....					
26.- Me siento torpe y callado; ella lo notará .....					
27.- Probablemente tenemos mucho en común .....					
28.- Tal vez nos llevemos realmente bien .....					
29.- Me gustaría marcharme y poder evitar toda esta situación .....					
30.- ¡Ah! Olvida tus miedos .....					

CUESTIONARIO DE PERCEPCION AUTONOMICA (A.P.Q)

**1. AUTORES:**

Mandler y Kremen, 1958; Mandler, Mandler y Uviller, 1958.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Milagros Antón López. traducido de Borkovec (1976)

**3. DESCRIPCION:**

Se trata de un cuestionario que mide la percepción que el sujeto tiene de sus respuestas fisiológicas de ansiedad. La versión original consta de 28 ítems. En esta se han suprimido 7 que se refieren a estados de no ansiedad. Pide al sujeto que evalúe cada ítem sobre una escala de 0 a 9, donde 0 representa la intensidad mínima de la respuesta fisiológica descrita en el ítem, y 9 representa la máxima intensidad. La escala incluye una breve definición de los puntos extremos ("muy poco", mucho", etc.).

Se ha encontrado que los altos en percepción autonómica son generalmente más ansiosos que los bajos, medida la ansiedad por el M.A.S. de Taylor. También se ha visto que los altos percibidores son altos facilitadores (según la escala de Facilitación-Inhibición de Ulmann, 1962), o lo que viene a ser lo mismo, altos sensibilizadores (según la escala de Represión-Sensibilización de Byrne, 1961), en líneas generales.

#### 4. CORRECCION O EVALUACION:

Se suman las puntuaciones directas de los 21 items, obteniéndose una única puntuación.

#### 5. DATOS:

Borkovec (1976): Medias de tres muestras, para hembras y varones (versión de 21 items):

1) Estudiantes de introductorio de Psicología

- Mujeres N=239 X=85.52
- Varones N=181 X=79.86

2) Estudiantes de introductorio de Psicología

- Mujeres N=215 X=91.35
- Varones N=211 X=81.73

3) Muestra clínica (pacientes adultos que acudieron al dispensario)

- Mujeres N=37 X=93.86
- Varones N=38 X=85.08

# CUESTIONARIO DE PERCEPCION AUTONOMICA (A.P.Q.) de HANDLER

INSTRUCCIONES: Señale con un círculo un número de cada escala de 0 a 9 (en las que se indica el valor de cada punto extremo) según el grado en que Vd. perciba las reacciones corporales descritas.

1.- Percepción de muchas reacciones corporales	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 MUY POCO MUCHO
2.- Frecuencia en la percepción de esas reacciones	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NUNCA SIEMPRE
3.- La cara se sonroja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NO CAMBIA MUY ROJA
4.- Las manos se enfrían	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NO CAMBIAN MUY FRIAS
5.- Transpiración	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NADA MUCHO
6.- La boca se seca	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NUNCA SIEMPRE
7.- Los músculos se tensan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NADA MUCHO
8.- Dolores de cabeza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NUNCA SIEMPRE
9.- Cambios en la actividad cardíaca	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NUNCA SIEMPRE
10.- Incremento en los latidos del corazón	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NO CAMBIA GRAN ACELERACION
11.- Incremento en la intensidad de los latidos del corazón	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NO CAMBIA INCREMENTA MUCHO
12.- Cambios en la respiración	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NUNCA SIEMPRE
13.- La respiración se hace más rápida	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NO CAMBIA MUY RAPIDA
14.- La respiración se hace más profunda	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NO CAMBIA MUCHO MAS PROFUNDA
15.- La respiración se hace más débil	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NO CAMBIA MUCHO MAS DEBIL
16.- Siento golpes en la cabeza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NUNCA SIEMPRE
17.- Se forma un nudo en la garganta	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NUNCA SIEMPRE
18.- El estómago se revuelve	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 NO MUCHO MUY REVUELTO

19.- Sentimientos de debilidad o pesadez en  
el estómago

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NUNCA					SIEMPRE				

20.- Dificultad al hablar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NUNCA					SIEMPRE				

21.- Me resultan molestas las reacciones cor-  
porales

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NADA					MUY MOLESTAS				
MOLESTAS									

NOTA: La versión original tenía 7 items más que correspondían a percepción  
autonómica no referida a estados de ansiedad

Apellidos .....

Nombre .....

Fecha .....

Grupo .....

**NIVEL GENERAL DE ANSIEDAD, TERMOMETRO DE MIEDOS,**  
**UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD.**

**1. AUTORES:**

Walk, 1956; Wolpe, 1969; Cotler y Guerra, 1976

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

**3. DESCRIPCION:**

Se trata de una medida de autoinforme muy simple que consiste en que el sujeto evalúa su estado de ansiedad sobre una escala que normalmente va de 0 a 10 o de 0 a 100. Esta evaluación puede referirse a la ansiedad que provoca en el sujeto una situación real que está viviendo, o bien a la ansiedad que le provoca imaginar una situación. En ambos casos se trata de la percepción cognitiva que de la situación, real o imaginaria, tiene el sujeto. Parece lógico pensar que será más fiable y válida la medida proporcionada por el sujeto acerca de una situación que está viviendo, que la medida de una situación imaginaria. Esto resulta muy claro en aquellos sujetos que reaccionen con respuestas de ansiedad a determinada situación o estímulo pero no reaccionen al imaginar dicha situación.

Se utiliza mucho en investigación y en clínica. Así, por ejemplo, se utilizan las Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS o USA) en una escala de 0 a 100 para evaluar cada uno de los items de una jerarquía de estímulos fóbicos. Gran parte de la efectividad de la Desensibilización Sistemática depende del cuidado que se haya puesto en la elaboración de dicha jerarquía.

Es una técnica tan simple que puede utilizarse en forma verbal. En fotocopia ofrecemos las instrucciones que por escrito Gil (1981) dió a sus sujetos en el momento en que terminaban de dar una charla a un grupo.

#### 4. CORRECCION O EVALUACION:

Simplemente se registra la puntuación dada por el sujeto.

#### 5. DATOS:

Los autores que hemos consultado subrayan que es una medida fiable y válida, pero no hemos encontrado datos.

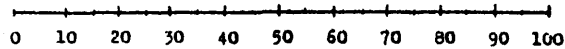


## NIVEL GENERAL DE ANSIEDAD (NGA) Y AUTOCALIFICACION (A-c)

N.G.A.  
Fecha  
Grupo

En primer lugar quiero que evalúes la ansiedad que has experimentado durante la charla.

Coloca una aspa X en la escala que aparece a continuación, teniendo en cuenta que 0 es la mínima ansiedad (estado de total relax) y 100 refleja un estado de máxima ansiedad.



A - c  
Fecha  
Grupo

A continuación quiero que hagas una evaluación general de cómo te has visto dando la charla.

Puntúa tu actuación durante la charla utilizando una escala de 10 puntos (0 corresponde a una actuación muy mala, 5 es un aprobado, y 10 una actuación excelente).

---

**AUTOVERBALIZACIONES (Av)****1. AUTOR:**

Gil (1981) Eficacia de los distintos métodos en el entrenamiento de la habilidad social de hablar en público. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

Gil (1981)

**3. DESCRIPCION:**

Consiste en solicitar de las personas que relaten todos aquellos pensamientos que ha tenido, y todos comentarios que se han hecho a sí mismos, durante una situación determinada.

La situación de referencia empleada por Gil fue la prueba de hablar en público, en algunos de los tres momentos siguientes: antes, durante y después.

La cuantificación de las respuestas se efectuó por medio de un análisis de contenido, tomando como único criterio la dimensión: favorabilidad-desfavorabilidad.

Se definió como favorable cualquier comentario de los sujetos que tenga alguno de los tres fines siguientes:

1.- enfocar la tarea de forma realista y operativa (versus visión exagerada, irreal e inoperativa).

2.- Control de estado de ánimo y de las sensaciones experimentadas (versus ansiedad, nerviosismo, intranquilidad).

3.- Reforzar al propio sujeto (versus dirigirse reproches, infravalorarse).

Siguiendo este criterio se elaboraron las 3 teorías siguientes:

I.- Autoverbalizaciones favorables o positivas (respecto a cualquiera de los 3 apartados anteriores). Cada una de ellas se valora con 1 punto.

Modelos de frases incluidas en esta categoría son: (1) "lo que tengo que hacer es seguir un orden en mi charla"; (2) "debo tranquilizarme, al fin y al cabo no es para tanto"; (3) "aunque fracase, alguna lección habré sacado, lo importante es intentarlo".

II.- Autoverbalizaciones desfavorables o negativas (respecto a cualquiera de los 3 apartados anteriores). Estas autoverbalizaciones se puntúan con 0.

Frases pertenecientes a esta categoría son: (1) "para qué voy a hacer un plan si al final me voy a descontrolar"; (2) "estoy seguro de que los espectadores se están dando cuenta de lo nervioso que estoy"; (3) "lo he hecho peor que nunca, no valgo ni para hacer esto".

III.- Autoverbalizaciones y comentarios neutros. En esta categoría se incluyen aquellos comentarios hechos al margen, sobre aspectos irrelevantes a la situación y a la tarea. Estos no se tuvieron en cuenta.

Se estableció como unidad de análisis: cualquier frase, o conjunto de frases, en que se contiene una misma idea.

#### 4. CORRECCION O EVALUACION: (Ver el apartado anterior)

La puntuación final de todos los comentarios efectuados por los sujetos, se obtuvo dividiendo el número de autoverbalizaciones positivas (categoría I) por el número total de autoverbalizaciones (suma de categorías I y II).

$$Av = \frac{\text{autoverbalizaciones positivas}}{\text{autoverbalizaciones positivas} + \text{autoverbalizaciones negativas}}$$

Todos los comentarios fueron evaluados (Gil, 1981) de forma independiente por dos analistas, que habían sido entrenados previamente.

#### 5. DATOS:

278

# AUTOVERBALIZACIONES (Av).

Av. Fecha Grupo
-----------------------

Finalmente quisiera que me describieras en los espacios en blanco de abajo todo aquello que te has dicho tú a tí mismo y los pensamientos que cruzaron tu mente a lo largo de la experiencia que acabas de tener (cuando preparabas tu charla; durante la misma; y ahora mismo, una vez concluida).

1. antes de la charla (mientras la preparabas):

2. durante la charla misma:

3. al finalizar la charla (ahora mismo)

### DIFERENCIAL DE ANSIEDAD

#### 1. AUTORES:

Alexander, S. y Husek, T.R. (1962): The Anxiety Differential: initial steps in the development of measure of situational anxiety. Educational and Psychological Measurement. 22, 325-348.

#### 2. VERSION ESPAÑOLA:

Una versión de 15 pares de adjetivos fue utilizada por Gil (1981), de la que ofrecemos copia.

#### 3. DESCRIPCION:

Aplicación de la técnica del diferencial semántico (Osgood, Sico y Tannenbaum, 1957) para la medición del estado de ansiedad. En un primer trabajo (1962) los autores seleccionan 28 ítems de entre 68 en función de su utilidad para discriminar ante situaciones generadoras de ansiedad (película de operación quirúrgica y accidente de aviación). La combinación de estos ítems da lugar a seis escalas. Unas escalas son óptimas para medir cambios (pretest-posttest), mientras que otras lo son para mediciones únicas. En un trabajo posterior (Husek y Alexander, 63) utilizan otra combinación de ítems para el estudio de la ansiedad ante situaciones de examen. Aunque se ha comprobado la utilidad del instrumento para distinguir entre grupos los mismos autores indican que no se debe utilizar en la práctica clínica como una medida fiable. Los ítems se refieren a aspectos somáticos (dedos, manos, ojos, etc.) del yo (me, my mind, the real me, anxiety), y otros (sueños, problemas, niños, etc.)

#### 4. CORRECCION O EVALUACION:

Corrección clásica del diferencial sem-ántico. Los autores en concreto utilizan una escala de siete puntos en los items.

#### 5. DATOS:

El análisis factorial de los 28 items ofrece como resultado un factor principal de ansiedad pero que tan sólo explica el 13.2% de la varianza total en el caso del primer experimento (operación quirúrgica) y un 16% en el caso del segundo (accidente aéreo). Las correlaciones de las 6 escalas del primer trabajo con el factor de ansiedad de la lista de adjetivos de Nowlis-Green varían entre .50 y .63. La consistencia interna de las seis escalas varía entre .61 y .85. En el trabajo del 63 la consistencia interna varía entre .58 y .80.

Gil (1981) con una muestra de 61 sujetos obtuvo un coeficiente alfa de 0.934.

## DIFERENCIAL SEMANTICO DE ANSIEDAD (AD):

AD  
fecha:  
grupo:  
nota:

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
**Instrucciones:** A continuación te vas a encontrar una serie de items que comienzan con un nombre en mayúscula seguido de dos adjetivos separados por una escala de 7 espacios (ej: DEDOS: tensos — — — — — relajados). Debes calificar cada item colocando una X en el espacio que mejor refleje tu estado psicológico y somático en este momento respecto de los dos adjetivos de cada escala. Así por ejemplo:

DEDOS: tensos X1 — — — — — X2 — — — — — X3 relajados

Si en este momento sientes tus dedos muy tensos colocas la X en el espacio más próximo al adjetivo tenso (X1); si no los sientes ni tensos ni relajados, colocas la X en la mitad de la escala (X2); si los sientes muy relajados, colocas la X junto al adjetivo relajados (X3).

Durante esta prueba debes contestar los items con bastante rapidez. Deseo que me manifiestas tus primeras impresiones, las "sensaciones" inmediatas sobre cada item. Contesta cada item por separado, sin intentar recordar lo que hayas contestado anteriormente a items similares.

Items

1. DEDOS:.....extendidos — — — — — encogidos
2. ME SIENTO:....indefenso — — — — — seguro
3. RESPIRACION:....tirante — — — — — suelta
4. MANOS:.....húmedas — — — — — secas
5. ESTOY:.....relajado — — — — — tenso
6. ME SIENTO:.....asustado — — — — — sin miedo
7. MANOS:.....bien — — — — — mal
8. RESPIRACION:....sofocada — — — — — despreocupada
9. DEDOS:.....tirantes — — — — — relajados
10. ME SIENTO:.....calmado — — — — — inquieto
11. MANOS:.....apretadas — — — — — sueltas
12. RESPIRACION:....caliente — — — — — fría
13. ME SIENTO:despreocupado — — — — — angustiado
14. ANSIEDAD:.....clara — — — — — vaga
15. DEDOS:.....suelos — — — — — apretados



**CUESTIONARIO DE PERCEPCION SOMATICA**  
**MODIFICADO (MSPQ) de MAIN**

**1. AUTORES:**

Main, C.J. (1983): The modifies somatic perception questionnaire (MSPQ). Journal of Psychosomatic Research, 27, 503-514.

**2. VERSION ESPAÑOLA:**

**3. DESCRIPCION:**

Se trata de una escala para medir percepción somática y autonómica, dirigida especialmente a la población de pacientes con dolor crónico de espalda. Tiene su antecesor más directo en el A.P.Q. (Cuestionario de Percepción Autonómica, de Mandler y Cols. 1958). Main (1983) argumenta las ventajas del MSPQ sobre el APQ en los siguientes términos: el APQ es una escala de percepción autonómica y como tal correlaciona significativamente con otras medidas de ansiedad (en especial los items que miden sensaciones displacenteras), además tiene un formato bastante complejo y no ha sido validado en pacientes con dolor crónico de espalda; por el contrario, el MSPQ no intenta medir la ansiedad, pues no hay una relación fuerte entre ansiedad y dolor crónico de espalda (los sentimientos subjetivos de los pacientes con dolor de espalda son más bien de depresión), además, el formato del MSPQ es más simple (con sólo 4 categorías de estimación frente a las 10 del APQ) y, por último, ha sido validado en pacientes con dolor crónico de espalda.

En las instrucciones originales (no se ha recogido en la traducción) el MSPQ pide a los sujetos que evalúen sus síntomas durante la última semana.

Un estudio recogido en Main (1983) revela que todos los ítems (excepto "ruborizarse") discriminaron entre sujetos ansiosos y no ansiosos.

#### 4. CORRECCION O EVALUACION:

Se suman las puntuaciones de los 33 ítems.

#### 5. DATOS:

Consistencia interna: Theta=0.79 varones | 0.78

N=102 | N=200

0.85 mujeres | 0.83

Validez: Correlaciones con: MMPI (HS)=0.61; MMPI(D)=0.36. MMPI(Hy)=0.03; inventario de depresión de Zung=0.54

Más datos en el artículo de referencia.

CUESTIONARIO DE  
PERCEPCION SOMATICA  
(MSPQ)

234

Nunca	Un poco/ debilmen te.	Muy inten so.	Extremad mente in tenso.
-------	-----------------------------	---------------------	--------------------------------

- 1.- Sensación de golpes en la cabeza
- 2.- Boca seca
- 3.- Mal aliento
- 4.- Fuertes latidos del corazón
- 5.- Sudor en alguna parte específica  
del cuerpo
- 6.- Visión borrosa
- 7.- Respiración acelerada
- 8.- Sudor generalizado en todo el cuerpo
- 9.- Aceleración del ritmo cardíaco
- 10.- Estómago revuelto
- 11.- Dificultad en respirar
- 12.- Músculos en tensión
- 13.- Sensación de calor en todo el  
cuerpo
- 14.- Sensación de desmayo
- 15.- Estómago vacío
- 16.- Dolor en los músculos del cuello
- 17.- Tensión en los músculos de la  
mandíbula
- 18.- Ruborizarse
- 19.- Vértigos, mareos
- 20.- Diarrea
- 21.- Tensión en la frente
- 22.- Manos temblorosas
- 23.- Pérdida de los latidos del  
corazón
- 24.- Pulsaciones en el cuello
- 25.- Todo parece irreal
- 26.- Deseos de beber

285

	Nunca	Un poco/ debilmente	Muy intenso	Extremada- mente inte so
27.- Debilidad enl las piernas				
28.- Náuseas				
29.- Dolor o malestar en el estómago				
30.- Dificultad en tragar				
31.- Sentir calor en una parte determinada del cuerpo				
32.- Dificultad en la respiración				
33.- Deseos de defecar				

#### **4.3 CONCLUSIONES**

Como ha podido observarse en la revisión anterior, existe un amplio número de instrumentos de autoinforme que persiguen objetivos diversos: evaluar un rasgo, situaciones temidas, reacciones a una situación específica, etc. Cada uno de estos instrumentos tiene un área de aplicación específica en la que mostrarán en mayor grado su utilidad. La selección del instrumento más adecuado para cubrir unos objetivos concretos es una tarea que el experimentador o el clínico deben realizar.

Ahora bien, ateniéndonos a la evolución, tanto teórica como empírica (ver apartados 3 y 5), que ha tenido lugar en los últimos años, pensamos que son los autoinformes derivados de los modelos interactivo y conductual los que aportan una mayor información y logran una mayor precisión en la evaluación de ansiedad.

##### **4.3.1 APORTACIONES DE LOS ENFOQUES INTERACTIVO Y CONDUCTUAL**

La aportación más importante del enfoque interactivo, en lo que respecta a la evaluación de ansiedad, ha sido la creación de los inventarios de tipo S-R y el desarrollo de técnicas estadísticas que cuantifican la proporción de varianza atribuida a las situaciones, a las respuestas y a la interacción entre ambas.

Por otro lado, del enfoque conductual queremos destacar:

1. El tomar el cuestionario como una medida de autoinforme del sujeto, en el que las respuestas son consideradas como muestras de conducta.

2. El énfasis puesto en la evaluación de respuestas específicas ante situaciones concretas.

3. El señalar la importancia de evaluar de forma independiente los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor); cuestión esta que ha cobrado fuerza a partir de los estudios sobre desincronía o fraccionamiento de respuesta.

El aunar las aportaciones de estos dos enfoques ha sido el propósito que nos ha servido de guía para la creación y desarrollo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.)



## 5. LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD EN LA CLINICA EXPERIMENTAL





Hasta el momento, se ha presentado una revisión de las distintas concepciones y los distintos aspectos teóricos y empíricos de la ansiedad. Posteriormente, hemos visto los distintos métodos de evaluación, centrándonos principalmente en los autoinformes.

Llegados a este punto, hemos considerado de interés el estudiar como se ha llevado a cabo la evaluación de la ansiedad en la práctica clínica. Evidentemente, este propósito entrañaría múltiples dificultades al no contar con datos amplios y fiables referidos a la aplicación clínica cotidiana en relación con el tema que nos ocupa. Una forma de lograr este propósito consistiría en llevar a cabo una encuesta en un amplio número de consultas, clínicas, hospitales, etc., pero, evidentemente esta posibilidad queda fuera de nuestro alcance actualmente y también de nuestro cometido en la presente tesis.

Por ello, hemos preferido centrarnos en un área muy concreta a la que hemos denominado "clínica-experimental"; que aproximadamente coincidiría con los trabajos clínicos derivados de la aplicación de técnicas de modificación de conducta. El énfasis puesto desde un principio por la modificación de conducta en los aspectos metodológicos, facilita este estudio, al existir una amplia bibliografía, por lo general, bastante fiable.

Somos conscientes de que los resultados derivados de esta revisión, muy posiblemente no sean extrapolables a la realidad clínica cotidiana, dado el gran desnivel existente entre la investigación clínica y la clínica aplicada.

Centrando aún más el campo y debido a la ingente cantidad de estudios realizados y de problemas tratados desde la modificación de conducta, lo que imposibilitaría una revisión

exhaustiva; nos remitiremos a los estudios sobre fobias. Esta elección se justifica por: a) ser uno de los campos aplicados en que mayor énfasis se ha puesto. b) ser el más directamente relacionado con la ansiedad

### 5.1 DE 1957 a 1967

Yates (1970) lleva a cabo una revisión de 26 trabajos realizados entre 1957 y 1967, sobre tratamientos de fobias. Los trabajos revisados son los de: Lazarus y Rachman (1957), Meyer (1957), Rachman (1959), Freeman y Kendrick (1960), Walton (1960), Bentler (1962), Cowden y Ford (1962), Wolpe (1962), Ashem (1963), Clark (1963a, 1936b), Galibert (1963), Walton y Mather (1963), Geer (1964), Murphy (1964), Thorpe y cols, (1974), Brough y cols (1965), Cautela (1965), Kraft y Al-issa (1965a, 1956b), Kursner (1965), Peripanayagan (1965), Wolpin y Pearsall (1965), Friedman (1966), Kraft (1967), Kraft y Burnfield (1967).

Los casos tratados mostraban fobias diversas, tales como, claustrofobia, agorafobia, fobias sociales, a las serpientes, ascensores, etc. En 24 de los 26 estudios se utilizó como técnica terapéutica alguna variante de la desensibilización sistemática (92,3% de los casos).

En cuanto al método de evaluación, no se aportan datos de la evaluación pretratamiento. Sobre la evaluación postratamiento, la información es bastante imprecisa pero suficiente para que podamos realizar el siguiente análisis: en 13 de los estudios (50%) la evaluación consistió únicamente en el informe del sujeto; en 4 estudios (15,4%) este informe del sujeto era acompañado de otro del esposo/a, o de algún pariente cercano; en 8 estudios (30,8%) se lleva a cabo una evaluación en vivo con el experimentador; por último, solamente en un estudio (3,8%) se combinaron una evaluación en vivo y una fisiológica (R.P.G.).

Como puede observarse, en esta época, la evaluación de la eficacia de un tratamiento era bastante grosera, basándose en un 65,4% de los casos en el informe del propio sujeto, o personas próximas; solamente en un 34,6% de los casos se realizaron pruebas reales, siendo la evaluación fisiológica casi inexistente.

Esta pobreza en el empleo de métodos de evaluación ha sido afortunadamente corregida en los años posteriores, como veremos en el apartado 5.2.

Una excepción a lo dicho lo constituyen los trabajos de Lang y Lazovik (1963) y Rachman (1966a, 1966b) en los que se llevó a cabo una evaluación, pre y post tratamiento, mucho más precisa.

A continuación, presentamos los resultados de estos tres trabajos, haciendo hincapié en la evaluación previa al tratamiento y en las modificaciones que este produce sobre la evaluación posterior. Diferenciaremos también entre los tres métodos de evaluación, cognitivo, fisiológico y conductual-motor, señalando como los distintos tratamientos influyen sobre cada uno de ellos.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Lang y Lazovik, 1963	24 colegiales voluntarios (17 mujeres; 7 hombres)	Serpientes D- No especificado	1. Cognitivo: a) Escala de reconocimiento de miedos b) Termómetro de miedo (10 pto. escala). c) Evaluaciones de ansiedad (experimentales). 2. Conductual: Acercarse a una serpiente inofensiva.

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Desensibilización sistemática + test pretratamiento (SD+TP).	1. a) y b) DS+TP y DS muestran los mayores cambios; diferencias no significativas. c) no diferencias.	6 meses 1. a) y b) DS+TP y DS difieren significativamente de los controles. c) No hay cambio.
2. Solo desensibilización sistemática (SD)		2. Ligero incremento en la aproximación postest de DS+TP y DS.
3. Control, no tratamiento con test pretratamiento (NT+TP)		
4. Control, no tratamiento (NT).		

no hay efectos de pretratamiento.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Rachman, 1966b.	9 voluntarios es- tudiantes (mujeres)	Arañas D: Sin especificar.	1. Cognitivo: Puntuación de miedo (escala de 100 pts). 2. Conductual: Prueba de evitación.

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
10 sesiones.	1 & 2.DS fue significativa	3 meses.
1. Inundación imaginaria (II).	mente mejor que II y	1. Resultados mantenidos.
2. Desensibilización (DS).	NT.	
3. Sin tratamiento (NT).		

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Rachman, 1966a.	3 voluntarios es- tudiantes (2 muje- res, 1 hombre).	Arañas. D: Sin especificar.	1. Cognitivo: Puntuación de miedo (escala de 100 pts.).
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Desensibilización.		1. Desensibilización de estímulos imaginarios generalizado a las situaciones de la vida real.	Ninguno



## 5.2. DE 1968 EN ADELANTE.

Entre las más recientes revisiones destacan la de Jacob y Rapport (1984) sobre agorafobia, y principalmente la de Sturgis y Scott (1984) en la que se revisan 57 estudios incluyendo diversas fobias.

Como conclusiones de esta revisión, Sturgis y Scott (1984) indican que, en el 80% de los estudios se llevó a cabo algún tipo de evaluación subjetivo-cognitiva, siendo las más utilizadas las puntuaciones subjetivas de miedo y ansiedad, las escalas de reconocimiento de miedos (F.S.S.) (Geer, 1965; Barrett, 1969; Wolpe y Lang, 1969), y el termómetro de miedo (Walk, 1956). Las medidas menos utilizadas fueron las listas de adjetivos, las listas de síntomas y los cuestionarios de personalidad.

Respecto a las evaluaciones motoras o conductuales, el 83% de los estudios revisados utilizaron medidas de evitación o aproximación al estímulo temido.

Al igual que en el período anterior, las medidas fisiológicas fueron las menos utilizadas, solamente en un 22% de los casos. De ellas, la más utilizada fue la tasa cardíaca, seguida de la conductancia dermoeléctrica.

A continuación se presentan con detalle los resultados obtenidos en 64 estudios de tratamientos que incluyen diversos tipos de fobia. Muchos de estos estudios han sido ya tenidos en cuenta en las revisiones anteriormente mencionadas.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Antman, 1973	Una paciente (mujer de 24 años)	Vermifobia (Incluyendo rusanos, serpientes, todo lo que reptá). D: 4 años.	<sup>1. Logarithmo:</sup> Escala de Walk. (pt. 10).
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
6 sesiones; 3 fases.		Cambios encontrados durante y entre sesiones; cambios sustan- ciales en una semana.	6 meses 1. Cambios en escala de puntuación man- tenidos.
1. Inundación "in vivo" + modelado (6 horas)			
2. Excavación con pala en jardín en busca de lombrices (2 horas)			
3. Inundación "in vivo" con culebra (2 horas)			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Bandura, Blanchard y Mitter, 1969	48 voluntarios de la comunidad y estudiantes (45 mujeres, 5 hombres)	Serpientes D: Media de 27 años.	1. Cognitivo: A. Puntuación de miedo (escala de 10 pts.) B. Actitudes 1. Escala de 7 pts. 2. Diferencial semántico. C. Inventario de miedos. 2. Conductual: Acercamiento a una serpiente Cobra.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Desensibilización sistemática (DS)		1. A. MS y MVPC produjeron la mayor disminución; sin diferencia entre ambos.	Ninguno.
2. Modelado simbólico (MS).			
3. Modelado en vivo + participación controlada (MVP).		B. MVPC produjo cambios máximos: MVP y MS superiores a DS y NT. C. MVPC produjo disminución del miedo más generalizada; DS y MS produjeron disminución del miedo más específico.	
4. Control sin tratamiento (NT)			
		2. Todos los grupos bajo tratamiento eran distintos de los NT; MVPC produjo mayores progresos.	

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Bandura, Jeffery y Gajdos, 1.975.	30 voluntarios de la comunidad (4 hombres, 26 mujeres).	Serpientes. D: No especificado	1. Cognitivos: A. Aparición de miedo durante acercamiento (escala de 10 pts). B. Miedo del enfrentamiento de la serpiente. C. Puntuación de autoconfianza. D. Potencia de Personalidad. E. Inventario de miedos (escala de 5 pts.). 2. Conductuales: Prueba de evitación.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Modelado participativo únicamente (MP)	1.A. Los tres produjeron disminución del arousal; MP+AA superiores.	1 mes.	1. Cambios Generalmente mantenidos. 6 a 12 meses.
2. Modelado participativo + actuación auto-dirigida (MP+AA).	B. MP+AA y MP+AAD fueron superiores a MP; MP+AA fue el que más mejoró.	2. Cambios mantenidos.	
3. Modelado participativo + actuación auto-dirigida diversificada (MP+AAD).	C. Los tres mejoraron la puntuación; MP+AA fue el que más. D. Sin diferencias. E. MP+AA y MP+AAD fueron los más mejorados en general; MP mejoró sólo en áreas específicas.		
			2. MP+AA y MP+AAD produjeron cambios generalizados claramente mayores que MP

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Barlow, Leitenberg Abras y Wincke, 1969	20 estudiantes voluntarios (mujeres)	Serpientes D: No especificado	1. Fisiológico: GSR (durante presentaciones imaginadas y real) 2. Conductual: Acercamiento a serpientes inofensivas.

300

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
10 sesiones o terminación de la jerarquía 1. Desensibilización Sistemática (DS). 2. Desensibilización "in vivo" (DSV).	1. Con DS la reducción de GSR a escenas imaginarias se acercó a nivel significativo, pero había poca diferencia con situa- ciones reales. Con DSV, GSR se redujo significativamente para ambos tipos de escenas. 2.. Ambos grupos mejoraban; DSV produjo una mejora signifi- cativamente mayor.	Ninguno

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Barlow, Agras, Leitenberg y Wineberg, 1970I.	20 voluntarios estudiantes. (Mujeres)	Serpientes. D: No especificado.	1. Fisiológicos: Conductancia electrodérmica. 2. Conductual: Acercamiento a la jaula de la serpiente.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Desensibilización Sistemática (DS). 2. Moldando (H).		1. Sin diferencias significativas con escenas reales o imaginadas. 2. M produjo claramente más mejoría que DS	Ninguno

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Barlow y otros, 1970, II.	30 estudiantes cumpliendo ne- cesidades de la asignatura. (Mujeres).	Serpientes D: No especificado	1. Conductual.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Menos de 10 sesiones.			
1. Moldado sin presencia del terapeuta (M)		1. NMT produjo cambios más rá- pidos y fue claramente dife-	Ninguno
2. Moldado en presencia del terapeuta (MT)		rente de M pero no de MT. MT	
3. Moldado + Moldado con terapeuta (NMT)		no claramente distinto de M.	

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Barrett, 1969	36 voluntarios (8 hom- bres, 28 mujeres).	Serpientes. D: No especificado	1. Cognitivo: A. Escala de reconocimiento de miedos (FSS III- escala de 5 ptes.). B. Termómetro de miedo (escala de 10 pts.). C. Inventario de ansiedad. S-R. 2. Conductual: A. Prueba de evitación (requiriendo al sujeto tocar o mantener una serpiente negra de 6 pies de largo). B. Prueba de evitación.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Desensibilización sistemática (DS) (4 entrenamientos; 11 sesiones).		1. En todos los resultados DS y TI estaban más mejorados que C.	6 meses. 1. Resultados mantenidos.
2. Terapia implosiva (TI) (2 entrevis- tas; 2 sesiones).		2. A. DS y TI tenían más éxito que C, pero no se diferenciaban significativamente entre sí. B. Misma tendencia que el ante- rior.	2. Resultados mantenidos.
3. Control (C).			



AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Bernstein, y Beatty, 1.971.	Estudiante Graduado de 29 años (mujer).	Velocidad. D: 2 años.	No descrito.

306

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
30 sesiones. 1. Desensibilización Imaginaria + desensibilización en vivo.	1. Se experimenta una disminución substancial de todos los sín- tomas conforme a la propia opi- nión y a la observación del terapeuta.	Ninguno.

500

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Blanchard, 1970	48 voluntarios de la comunidad y estudiantes sirviendo un curso por créditos (42 mujeres, 6 hombres)	Serpientes D: No especificado	1. Cognitivo: A. Actitudes hacia las serpientes. B. Miedo general a las serpientes. C. Puntuación de arousal de miedo (escala de 11 pts.). 2. Conductual: Prueba de evitación.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
3 sesiones de 45 minutos.		1. En todos los resultados MP, MIV y N	Ninguno
1. Modelado participante (MP) (Ejemplificación + información verbal + contacto).		MP produjeron cambios significativos. MP fue superior a MIV en todos los resultados; MP superior a M sólo en 1 de cada 3.	
2. Modelado + información verbal (MIV)		MP, MIV y N produjeron un cambio significativo. MP fue superior a MIV y N que no se diferenciaron.	
3. Modelado (M).			
4. No Tratamiento (NT).			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Boulougouris, Marks y Maset, 1971.	16 pacientes psiquiátricos (7 hombres y 9 mujeres).	Mixto (9 agorafóbicos, 7 fobias específicas). D: Inferior a 12 años.	1. Cognitivo: Escala de evaluación de síntomas (pt.; terapia y asesor médico). 2. Fisiológico: A. Tasa cardiaca. B. Conductancia de la piel (fluctuaciones espontáneas y desviación máxima)..

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
6 sesiones. 1. Desensibilización imaginaria (DSI). 2. Inundación imaginaria (II).	1. Con II, la ansiedad cognitiva decreció significativamente; DSI no fue superior en ninguna medida. 2. A. Con II, la tasa cardiaca decreció significativamente durante la imaginación de escenas fóbicas. B. Con II, la conductancia decreció significativamente en ambas medidas.	1 año. 1. Cambios mantenidos y generalizados en otras direcciones, según auto- informe y la opinión de otros.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Crowe, Marks, Agnes y Leitenberg, 1972	14 pacientes	Mixta (agorafobia, ruido, altura, social, estudio, animales pequeños multitudes, soledad en la noche, espacios cerrados).  D: Del orden de 5-35 años	1. Cognitivo: A. Escala de evaluación de síntomas (paciente, terapeuta y asesor).  2. Conductual: Test de evitación (medido en distan- cia y tiempo).

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Todos recibieron 3 tratamientos en un orden al azar:  4 sesiones de 50 minutos cada una.  1. Desensibilización sistemática (DS) 2. Inundación imaginario (II). 3. Modelado (práctica reforzada) (PR).	1. No hay diferencias, aunque PR tiende a evaluar más ba- jo.  2. PR fue significativamente superior a DS; II se situa en lugar intermedio.	Ninguno

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Curtis, Buxton, Neese, Wright y Lippman, 1976.	12 voluntarios (11 mujeres, 1 hombre).	Mixto (serpientes, arañas, pájaros, avispaes, abejas). D: Presente desde la infancia.	1. Cognitivo: Escala de evaluación 2. Conductual: Contacto con objetos temidos.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO			
RESULTADOS			
1. Inundación "in vivo".			
1. Todos los pacientes que per- manecieron en tratamiento ex- perimentaron una gran mejoría			
6 meses- 1 año.			
1. Un paciente mantenía los resultados a los seis meses, tres en un año, 2 tu- vieron recaída parcial; Uno tuvo una recaída total.			
SEGUIMIENTO			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Kenney, Sullivan Thiry, 1977.	72 voluntarios (62 mujeres, 10 Hombres).	Arañas. D: Sin especificar	1. Cognitivo: A. Escala de ansiedad ante las arañas. B. Puntuación de miedo. 2. Conductual: Prueba de evitación.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
2 sesiones de 1 hora.		1.A. Sin diferencias signifi- cativas.	Ninguno
1. Modelado + ensayo abierto + autoverba- lización (M+EA+AV).		B. Los 8 grupos de trata- miento se diferenciaron - significativamente de NT.	
2. Modelado + ensayo abierto (M+EA)			
3. Modelado + ensayo encubierto (M+EE)			
1. Sólo modelado (M)		M+EA+AV se diferenció de los grupos M+EE y EE.	
5. Modelado abierto + autoverbalización (MA+AV)		2.M+EA+AV, M+EA y MA+AV se diferenciaron significati- vamente de EE y NT. M+EA+AV también se diferenciaron de EA.	
6. Sólo ensayo abierto (EA)			
7. Sólo ensayo encubierto (EE)			
8. Sólo autoverbalización(AV)			
9. Control, no tratamiento (NT)			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Kimmelkamp & Wessels, 1975	23 sujetos: 1 hombre, 22 mujeres. Edad media : 34,2 años.	Agorafobia Duración media de la enfermedad: 7,3 años	1. Cognitivo: Puntuaciones de pánico en una escala de 0-8 puntos por el terapeuta y observador independiente.

310

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• exposición prolongada "in vivo" y auto-observación. (EPV+A).</li> <li>• Inundación imaginada y auto-observación. (II+A).</li> <li>• Inundación combinada (imaginación y "in vivo") y auto-observación. (IIV+A).</li> </ul>	<p>II+A&gt;IIV+A=EPV+A sólo en los pacientes tratados con inundación imaginada más auto-observación, mostrando decrementos significativos en las puntuaciones de pánico, pero los resultados se confundieron con pretratamientos diferentes.</p>	ninguno

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leveraet, Rijken & Lameijkamp, 1973.	14 sujetos: edad media: no especificada (rangos 31-62 años).	Agorafobia. Duración media de la enfermedad: no especificada: (rango=2-23 años).	1. Cognitivo: Puntuaciones de "despersonalización" e "irritabilidad" en una escala de 1-5 puntos por un asesor independiente.

==  
7

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Inundación (imaginada + "in vivo") seguida por aproximaciones sucesivas. (IIV+ApS).	No ocurrieron cambios significativos de despersonalización o irritabilidad según un juez externo.	Ninguno.
2. Aproximaciones sucesivas seguidas por inundación (imaginada + "in vivo"). (Ap.S+IIV).		



AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
dez. Abascal, E.G. 979	30 mujeres, estu- diantes volunta- rias. Media de edad: 22,8 años.	Ratas. D- no especificada	1. Cognitiva: - Termómetro de miedo (pt. 0-100) - Inventario de Willsoughby. 2. Conductual: - Prueba de evitación (Distancia mínima a la que es capaz de acercarse el su- jeto).

212

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desensibilización Sistemática Imaginada (DSI)</li> <li>Desensibilización Sistemática bajo hipnosis (DSH).</li> <li>No tratamiento, Control. (NT)</li> </ul>	<p>1. DSI y DSH mostraron marcados decrementos en la evaluación cognitiva de ansiedad. Ambos se diferenciaban de NT, pero no entre sí.</p> <p>2. DSI y DSH logran acercarse a la rata. Sin diferencias entre sí.</p>	Ninguno.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Poa, Blau, Prout y Lotimer, 1977.	36 voluntarios estudiantes.	Ratas. D: Sin especificar.	1. Cognitivo: A. Seis escalas de interferencias de las actividades diarias (asesor independiente) B. Autoevaluación de ansiedad (1-10). 2. Conductual: Número de escalones subidos al acercarse a la jaula.
<div> <div> <div>1</div> <div>2</div> </div> </div>			
CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO	
1. Inundación con magnetófono (IM)	1.A. IM y IT mejoraron más que IMA; los tres más que NT.	Ninguno	
2. Inundación con terapia (IT)	H. Sin diferencias significativas entre todos.		
3. Uso de imágenes agradables (IMA).			
4. Sin tratamiento (NT)	2. IM, IT y IMA mejoraron significativamente más que NT.		

314

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Gauthier, Marshall, 1977.	60 estudiantes colegiales vo- luntarios (hom bres).	Serpientes. D: No especificado.	1. Cognitivo: Evaluación de ansiedad (escala de 100 pts). 2. Conductual: Prueba de evitación.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
35 sesiones de 45 minutos, para deter- minar la terminación de la terapia de inundación.		1. GO fue el único grupo que se diferenció significati- vamente de GP y NT.	9 meses 1. Resultados mantenidos pero no signi- ficativos.
1. Grupo autonómico (GA).		2. GO se diferenció signifi- cativamente de GP y NT.	2. Resultados mantenidos.
2. Grupo subjetivo (GS).			
3. Grupo de observadores (GO).			
4. Grupo combinado (GC).			
5. Grupo placebo (GP).			
6. Grupo sin tratamiento (NT).			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Gelder, Marks, Wolff y Clarke, 1967.	42 pacientes mani- festando una o más fóbias.	Nixia (Agorafobia, social, alturas, oscuridad, truenos, pájaros). D: Promedio del orden de 6,3- 13,2 años.	1. Cognitiva: A. Escala de evaluación de síntomas (paciente, terapeuta, asesor) (5 pto. escala). B. Inventario de Personalidad Eysenck. C. Lista confrontada de síntomas del índice m <sup>2</sup> dico Cornell. D. Lista confrontada de fobias y ansiedades sociales.
52			
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Desensibilización sistemática (DS) ( 9 meses)		A. DS produce la mejora más rápida y más grande.	7 meses.
2. Psicoterapia de grupo (PG) (18 meses)		B. Los rasgos decrecieron significativamente con DS.	1. Un grado de mejora aún mayor con el grupo DS pero no mucho más signifi- cativo.
3. Psicoterapia individual (12 meses)			
C y D no cambian.			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Gelber, Bankroft, Guth et al. 1973.	36 sujetos: 14 hombres, 22 mujeres. Edad media: 35 años.	18 agorafóbicos 9 fóbicos sociales 6 fóbicos específicos 3 fóbicos a animales. Duración media de la enfermedad: 13 años.	1. Cognitivo: Puntuaciones de pánico y desesperación en una escala de 1-5 puntos por un asesor psiquiátrico.

62

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Inundación (imaginada seguida por "in vivo"). (I+IV). 2. Desensibilización (imaginada seguida por "in vivo"). (DSI+DSV). 3. Imaginación no específica. Control. (C).	1=2=3. No hubo información de diferencias significativas en medidas de pánico entre los tres tratamientos.	Ninguno.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Preisel, Marks, Berlin, Gournay Koshizvani, 1980	13 fóbicos y 4 ob- sesivos compulsivos con rituales (5 hom- bres, 8 mujeres).	Mixta (Agorafobia, social, perros, avispas, arañas, hormigas, espacios cerrados). D: Todos más de un año (media 9 años)	1. Cognitivo: A. Escala de evaluación de síntomas (pa- ciente y asesor). B. Cuestionario de miedo. C. Evaluación de la espectancia. D. Escala de depresión. E. Puntuación de ansiedad (asesor). 2. Conductual: Test de evitación.

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
5 sesiones de 20 minutos, instrucciones para cada semana: 1. Exposición a todos los estímulos de miedo. 2. Evitación de toda estimulación de - miedo. 3. Continuar con lo más útil.	1. La exposición fue favorable; diferencias significativas so- lo en A. 2. Diferencias no significativas.	Ninguno

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Grey, Sarlroty y Rachman, 1979.	27 sujetos (22 voluntarios m <sub>e</sub> dosos, 5 pacientes psiquiátricos).	Mixto (arañas, ratones, serpientes, gusanos, palomas, sapos). D: No especificado.	1. Cognitivo: Termómetro de miedo. 2. Fisiológico: Tasa cardíaca. 3. Conductual:
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
3 sesiones.		1. IV y DSV produjeron mayor re- ducción del miedo; aunque IV y DSV vuelven al miedo entre sesiones.	Ninguno
1. Inundación en vivo (IV)			
2. Desensibilización en vivo (DSV)			
3. Demanda creciente (DC)			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Grey, Rachman y Sartory, 1981.	28 voluntarios (3 hombres, 25 mujeres).	Mixta (No especificada) D: No especificado	1. Cognitiva: Termómetro (100 pt. escala). 2. Fisiológico: Tasa cardiaca. 3. Conductual: Distancia al E. fóbico por los sujetos como tolerable.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1 sesión.			Ninguno
1. Inundación en vivo con presentación		1. IPM mostró una ligera mejora y mayor vuelta al miedo en una semana.	
2. Inundación en vivo con presentación distribuida (IPD)		2. No hay diferencias aparentes. 3. No hay diferencias; ambos logran mejoras similares.	



220

1- Cognitivo:  
a/ Puntuaciones en una escala de pánico de 0-8 completada por pacientes y  
b/ La misma escala de evaluación de pánico completada por un asesor secreto  
Se combinan los resultados reportados.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
HAFNER y MATCHES (1976)	53 sujetos Edad media: 36 años 10 hombres, 43 mujeres	53 pacientes agorafóbicos 10-9 años	
CONDICIONES DE TRATAMIENTO			
		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1- Grupo de exposición en vivo más placebo (EV+P)		EV+P=EV+DN > EV+DA en reducción de ataques de pánico a los 6 meses de seguimiento EV+P+AA=	3-6 meses. Los pacientes tendían a mantener las ganancias del tratamiento.
2- Grupo de exposición en vivo más dosis bajas de diazepam. (EV+DB).			
3- Grupo de exposición en vivo más dosis altas de diazepam. (EV+DA).			
4- Exposición individual en vivo, placebo, más alto nivel de ansiedad. (EIV+P+AA)			significativa entre pacientes que han recibido tratamiento individual.
5- Exposición individual en vivo, placebo, más bajo arousal de ansiedad. (EIV+P+Ab).			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
HAFNER Y MILYON (1977)	25 sujetos Edad media: 36,2 años 4 hombres, 21 mujeres.	25 pacientes agorafóbicos D- 8,1 años.	1- Cognitivo: a) Puntuaciones de pánico de 0-8 y dificultad de manejar el pánico por el paciente
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
- Grupo de exposición en vivo más propranol en dosis bajas. (EV+PRB)		Semana 1: EV + PRB Semana 2- EV + P > EV+Pr	4 semanas. Ambos grupos manejaron más fácilmente el pánico
2- Grupo de exposición en vivo más placebo. (EV+P).			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Hamilton, Carmody, Bernstein, Rychtarik y Trentel, 1978.	18 voluntarios miedosos.	Garrapatas. D: No especificado.	1. Cognitivo: A. Escala de reconocimiento de miedos. B. Cuestionario de ansiedad ante las garrapatas. C. Termómetro de miedos. D. Autoevaluación.

222

2. Fisiológico:  
Tasa cardíaca.
3. Conductual:  
Solo post. Test.

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Exposición gradual prolongada (EGP).	1. A. EGP produce la mayor mejora.	Ninguno.
2. Control, solo evaluación (SEC).	B. EGP y SEC difieren de LEC.	
3. Lista-espera, Control (LEC).	C. No hay diferencias.	
	2. EGP difiere de LEC.	
	3. EGP ejecuta mejor.	

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Kazdin, 1973	64 estudiantes no graduados (20 hombres, 44 mujeres)	Serpientes D- No especificado	1. Cognitivo: a) Diferencial semántico b) Prueba de actitud ante serpientes. c) Lista de adjetivos de ansiedad. 2. Conductual: Acercarse a la serpiente.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
2 sesiones.		1. a) MEN y MES difieren de NM pero no de TR b) Sólo MES difiere de NM y TR c) No hay diferencias	3 semanas con MEN, MES y NM 1. a) Cambios mantenidos. b) MES más significativamente mejorado c) MEN y MES mejorado significativamente MEN no es superior a MES
1. Modelo encubierto de manejo (MEN).		2. MEN y MES significativamente más mejorado que NM y TR ; CM más perfeccionado que MES.	
2. Modelo encubierto de superación (MES)			
3. Control sin modelo (NM)			
4. Tratamiento retardado, control (TR)			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Kazdin, 1974a.	80 voluntarios estudiantes de colegio (25 hom- bres, y 45 mujeres).	Serpientes. D: Sin especificar.	1. Cognitivo: A. Escala de reconocimiento de miedos. B. Medidas de actitud. 1. Cuestionario serpientes. 2. Diferencial semántico. 3. Actitud hacia serpientes. C. Puntuaciones de miedo. D. Lista comprobatoria de ansiedad. (Anxiety checklist). 2. Conductual: Prueba de evitación.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Sesiones: 2 de 15 minutos de modelado encubierto.		1. A. Sólo MMS disminuyó signifi- cativamente el miedo a - serpientes; ninguno en gral.	2 y 1/2 semanas. 1.A. Cambios mantenidos. B. MMS distinto significativamente sólo en uno.
1. Modelo de manejo por semejanza (MMS)		B. 1)MMS significativamente mejor	C. Sólo MMS firmemente menos excitado.
2. Modelo de superación por semejanza (MSS)		2) Sin diferencias.	D. Sin diferencias.
3. Modelo de manejo por desemejanza (MPD)		3) Todos los grupos bajo tra- tamiento se diferenciaron de C	2. MMS fue el más mejorado; MMS y MSS me- joraron significativamente más que los otros.
4. Modelo de superación por desemejanza (MSD).		C. MMS y MSS significativamente menos excitados.	
5. Control, escena sin modelo (C)		L. MMS significativamente mejor que los otros.	
		2. MMS y MSS mejoraron significati- vamente más que los otros.	

- 1. Cognitivo:
  - A. Escala de reconocimiento de miedos.
  - B. Medidas de actitud.
  - 1. Cuestionario de serpientes.
  - 2. Diferencial semántico.
  - 3. Medida de actitudes.
- C. Puntuaciones de arousal del miedo.
- D. Lista comprobatoria de ansiedad. (Anxiety checklist).
- 2. Conductual:
  - Prueba de evitación.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Wazdin, 1974b.	84 voluntarios estudiantes de colegio (21 hom- bres, 63 mujeres)	Serpientes D: Sin especificar.	
CONDICIONES DE TRATAMIENTO			
Sesiones: 2 de 15 min. de modelado incubiert.			
1. Modelo de automanejo (MA)		1. A. MA y MMA se diferenciaron de NM. B.1. MA, MMA y NSA se diferenciaron de NM.	3 semanas.
2. Modelo de autosuperación (MAS)		2. MA, MMA y NSA se diferenciaron de NM.	1. A. Sin diferencias: todos los grupos me- joraron.
3. Modelo de manejo ajeno (NMA)		3. Sin diferencias.	B. 1. MA y MMA se diferenciaron de NM. 2. MA, MMA y NSA se diferenciaron de NM
4. Modelo de superación ajena (NSA)		C. MA y MMA se diferenciaron de NM. D. MA, MMA y NSA se diferenciaron de NM.	3. Sólo MMA se diferenció de NM. C. Todos los grupos se diferenciaron de NM D. MA y NSA menos ansiosos que MAS y NSA.
5. Control, escena sin modelo (NM)			2. Resultados mantenidos.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO			
		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
		2. MA, MMA y NSA mejoraron significati- vamente más que NM.	

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Volko y Milan, 1980.	31 años.	Inyecciones (a el mismo). D: 26 años.	1. Cognitivo: Puntuaciones subjetivas de miedo. 2. Fisiológico: Cambios en el flujo sanguíneo en el dedo índice no dominante. 3. Conductual: Test de evitación.

326

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Leer literatura relevante.	La eficacia del tratamiento fue demostrada en las tres modalidades.	1 año. 1. Cambios mantenidos en las tres medidas.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Beltenberg, Aeras, Thompson y Wright, 1968.	59 años (mujer)	Cuchillos D: 4 años	1. Conductual: Tiempo que el cuchillo era puesto a la vista.

425

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Línea base múltiple: 7 fases		
1. Sólo feedback (F).	1. Constante mejora con F; no hay efecto aparente de aumento o retirada de F.	Ninguno
2. Feedback + elogios (FE)		
3. Sólo feedback (F)		
4. No feedback y no elogios (NONE)		
5. Feedback solo (F)		
6. Feedback + elogios (FE)		
7. Feedback solo (F)		



AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leitenberg, Abras, Thompson y Wright, 1968	Paciente de 51 a. (mujer)	Espacios cerrados D: Desde la infancia.	1. Conductual: El tiempo pasado en una habitación cerrada.

822

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
línea base múltiple: 3 fases de 22 sesiones.	1. Mejora en cada una de las fases; F superior a NF.	3 meses.
1. Feedback (F)		1. Mejora mantenida en situaciones de casa, de acuerdo a la propia opinión y al test conductual.
2. No Feedback (NF)		
3. Feedback (F)		

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leitendberg, Wincke Butz, Callahan y Abras, 1970.	Paciente de 21 a. (hombre)	Heridas D: 4 años.	1. Conductual: Test de evitación con: a. Admiradores. b. Mimo.

229

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
<p>línea base múltiple: 4 fases, con A (20 sesiones de 30 minutos) y 2 con B (18 sesiones de 30 minutos).</p> <p>A. Admiradores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No reforzamiento (NR)</li> <li>2. Reforzamiento (elogios) (R)</li> <li>3. No reforzamiento (NR)</li> <li>4. Reforzamiento (R)</li> </ol> <p>B. Mimo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No reforzamiento (NR)</li> <li>2. Reforzamiento (elogios) (R)</li> </ol>	<p>1. A través de las fases hay un pequeño cambio sin R; incremento en la aproximación al añadir R.</p>	<p>Ninguno.</p>

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leitenberg, Acrae, Lutz y Micze, 1971	9 pacientes psiquiátricos internos, pacientes exte- nos y voluntarios (6 muje- res, 3 hombres)	Mixta (situaciones desconocidas, espa- cios cerrados, lesiones, objetos punzantes, ranas). D: Extensión amplia.	1. Cognitivo: Evaluación de ansiedad. 2. Fisiológico: Tasa cardíaca. 3. Conductual: Diferente para cada fobia.

330

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Práctica reforzada; únicamente en 9 casos.	1. 4 de 5 mostraron decrementos en la evaluación de ansiedad; 1 per- maneció igual. 2. 7 de 9 no mostraron relación en tre comportamiento fóbico y aro- sal autonómico. 3. 9 mostraron decrementos.	1 año, 1 sujeto. 1. Mejora mantenida por opinión propia.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leitenberg y Callahan, 1973. 1a	16 voluntarios ofreciendoles 15 dólares (15 mujeres, 3 hombres).	Altura D: duración media: 21 años.	1. Cognitivo: A. Puntuación de severidad de miedo en vida diaria (escala de 11 pts). B. Puntuación de ansiedad en cada intento (escala de 11 pts). 2. Conductual: Número de escalones que el paciente pudo subir por la salida de incendios.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
6 intentos; máximo de 10 sesiones.		1. A. PR superior a CTR. B. Sin cambio	2 años. 1. A. Sin diferencias. B. No datos.
1. Fisiética reforzada (PR). 2. Control, tratamiento retrasado (CTR)		2. PR superior a CTR.	2. Algún empeoramiento pero mejor que en examen previo.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leitenberg y Callahan, 1973, II	36 voluntarios no graduados (mujeres)	Serpientes D: No especificado	1. Cognitivo: Escala BAT, lista de items. 2. Conductual: Test de evitación.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
3 sesiones de 45 minutos de terapia de inundación.		1. T más mejorías. T cambia más que F; no hay diferencias en tre FTE, PC y NT.	Ninguno
1. Sólo película (F).		2. F, T, FT y FTE combinados eran más perfectos que PC y NT. FTE es mejor que FT.	
2. Sólo cinta (diciéndoles que se imaginan tocando a una serpiente, etc.) (T).			
3. Película + cinta (FT)			
4. Película + cinta + exposición en vivo. (FTE).			
5. Control Placebo (PC)			
6. No tratamiento, Control (NT).			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leitenberg y Cuthbert, 1973, III	14 colectivas (mujeres)	Serpientes D: No especificado	1. Conductual: Aproximación a serpientes inofensivas.

333

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
10 sesiones 1. Práctica reforzada (PR). 2. Control Tratamiento retardado (TR)	1. PR significativamente mejor que TR.	Ninguno

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leitenberg, y Callahan 1973, IV.	14 niños (6 niñas; 6 niños).	Oscuridad. D: No especificado.	1. Conductual: Tiempo pasado en una habitación oscura.

433

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
2 ensayos consecutivos de Em. en 8 sesiones..	1. PR produce más cambios que TRC.	Ninguno.
1. Práctica reforzada (PR).		
2. Tratamiento retardado de con- trol (TRC).		

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOMIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leitenberg, Agnew, Allen, Butry y Edwards, 1975	Paciente externo de 45 años	Múltiple (lesiones y espacios abiertos). D: 2 años.	1. Conductual: Tiempo pasado en un hospital.

335

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Línea base múltiple: 2 fases y media; 3 sesiones; 2 ensayos por sesión. 1. Errores (E). 2. Errores + Feedback (EF) 3. Errores (E).	1. Progreso mínimo con E. F mejoró marcadamente.	Ninguno.



AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leitenberg, Abras, Allen, Butz y Edwards, 1975	Paciente de 56 a. (mujer)	Objetos cortantes (cuchillos) D: 4 años	1. Conductual: Tiempo mirando un cuchillo.

36

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Línea base múltiple- 6 fases; 15 sesiones cada fase excepto 40 en la última.	1. Pequeño progreso con E; marcada mejora al añadir F.	Ninguno
1. Elogios (E)		
2. Feedback + elogios (FE)		
3. No feedback y no elogios (NFNE).		
4. Elogios (E).		
5. Feedback + elogios (FE)		

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Leitenberg, Agras, Allen, Butz y Edwards, 1975.	Paciente de 43 años (mujer).	Truenos. D: No especificado.	1. Cognitivo: Puntuaciones subjetivas de ansiedad (escala de 11 puntos). 2. Conductual: Tiempo pasado en una tormenta con truenos, simulada.

317

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Línea base múltiple: 8 sesiones; 3 ensayos/sesión. 1. Elorios (E). 2. Feedback + elogios (FE). 3. Elorios (E).	1. No hay cambios hasta que ha repetido la práctica encon- trando en tiempo límite la conducta meta. 2. Aumento del tiempo con E pero mayor mejoría con FE.	Ninguno.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Marks, Gelder & Edwards, 1968.	28 sujetos.	12 agorafóbicos 8 fóbicos sociales 8 fóbicos específicos.	1. Cognitivo: a. Puntuaciones de despersonalización (1-5) por el paciente b. Las mismas puntuaciones realizadas por el terapeuta y asesor independiente.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Desensibilización (seguida por hipnósis) (DS+H). 2. Hipnósis (seguida por desensibilización) (H+DS).		No hubo cambios como resultado a ninguno de los dos tratamientos, pero las puntuaciones de pretratamiento fueron muy bajas (1.2 y 1.3).	Ninguno.

339

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Marks, Boulougouris y Marsel, 1971	16 pacientes psiquiá- tricos (9 mujeres; 7 hombres).	Mixto. (Espacios abiertos, alturas, pi- chones, arañas, equipo dental, - reuniones) D: Promedio de 11-12 años.	1. Cognitivo: A. Evaluación clínica (paciente, terapeuta y asesor). B. Lista de síntomas. C. Lista de fobias y ansiedad social. D. Inventario de personalidad Eysenck. 2. Fisiológico: A. Conductancia de la piel (desviación máxima y fluctuaciones espontáneas). B. Tasa cardíaca.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO	
6 sesiones de 50 minutos. 1. Desensibilización Sistemática (DS), Inundación Imaginaria (II). 2. Inundación imaginario (II), Desen- sibilización sistemática (DS).	1. DS no fue superior en nin- guna variable; II fue supe- rior. 2. Mejora solo con II.	1, 3, 6, 9, 12 meses. 1. Los pacientes continuaron las mejoras especialmente a los 3 meses; posterior- mente la ejecución se mantuvo.	

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Marshall, Gauthier, Christie, Currie y Gordon, 1977.	25 voluntarios aprensivos (mu- jeres).	Arañas D: Sin especificar.	1. Cognitivo: Escala de evaluación. 2. Conductual: Prueba de evitación.

340

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
3 sesiones de tratamiento de 45 min.	1&2 JI+EI fue significativa-	Ninguno
1. Inundación imaginada + exposición inmediata (II+EI).	mente mejor que todos los otros grupos que no mostraron diferencias.	
2. Inundación imaginada + exposición demorada (II+ED)		
3. Implusión + exposición inmediata (IM+EI)		
4. Implusión + exposición demorada (IM+ED)		
5. Control, no tratamiento (NI)		

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Marshall, Gauthier, Christie, Currie y Gordon, 1977, J.	24 voluntarios no graduados (12 hom- bres; 12 mujeres)	Serpientes. D: No especificado	1. Cognitivo: Escala BAT, lista de items 2. Conductual: Test de evitación.

3A1

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
3 sesiones de 40 minutos.	1. DS y I más bajo que PC y NT	Ninguno
1. Desensibilización sistemática (usando jerar- quías) (DS).	2. I significativamente mejor que DS; DS mejor que PC y NT.	
2. Inundación (con jerarquías) (I)		
3. Control Placebo (jerarquías neutras) (PC)		
4. No Tratamiento, Control (NT)		

242

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Mealles y Nawas, 1971.	50 estudiantes volun- tarios (mujeres)	Serpientes D: No especificado	1. Cognitivo: A. Termómetro de miedo (10 pto. escala) B. Escala de reconocimiento de miedos (11) - General. C. Escala de reconocimiento de miedos - Serpientes. 2. Conductual: Test de evitación
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
5 sesiones de 30 minutos.		1. A, B y C:	1 mes
1. Desensibilización Sistemática (DS).		Todos los grupos mostraron re- ducción; no hay diferencias con sistemas.	1. DS produjo más cambios significativos en B.
2. Terapia Implosiva (TI).			2. Todos los grupos reducen. DS produce más cambios pero no mucho más que --
3. Implosiva+ Desensibilización (TI+DS)			TI+DS y PT.
4. Pseudoterapia (PT).			
5. No Tratamiento, Control (NT).			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
de Hoof, 1970	27 estudiantes colegiales voluntarios - (hombres)	Serpientes D: No especificada.	1. Cognitivo: Termómetro de miedo. 2. Fisiológico: Prueba de sudor de huella dactilar. 3. Conductual: Prueba de evitación.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
5 sesiones.		1. Sin diferencias	6 meses.
1. Desensibilización Sistemática (DS)		2. Sin diferencias.	1. Sin diferencias.
2. Inundación (I).		3. Cambios significativos para todos los grupos. DS y I fueron ambos mejores que C.	2. Sin diferencias.
3. Control (C)			3. Progresos de DS estables, los de I no se mantuvieron.



446

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Nesbitt, 1973.	1 estudiante (mujer de 24 años).	Escalera mecánica. D: 7 años.	No descrito.

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1 sesión. 1. Inundación en vivo: montando en una escalera eléctrica primero con el terapeuta y luego sola.	En menos de una hora 1. El paciente estaba preparado para montar sólo en escalera eléctrica con relativa faci- lidad.	6 meses. 1. El paciente manifestó que los cambios se mantenían.

385

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Odum, Nelson y Wein, 1978.	42 colegiales voluntarios (mujeres)	Serpientes D: No especificando	1.Cognitivo: A. Termómetro de miedo. B. Cuestionario de reacciones personales. C. Inventario de ansiedad S-R. 2.Fisiológicos: A. Tasa cardiaca (latidos / segundo). 3.Conductual: Test de evitación.

345

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
6 sesiones. 1. Participación dirigida (PD). 2. Desensibilización Sistemática (DS) 3. Reestructuración cognitiva (RC) 4. Extinción verbal (EV). 5. Control Placebo (PC) 6. No Tratamiento Control (NT)	1. A. PD fue el que más decreció, RC y EV decrecieron más que PC y NT. B. No hay diferencias. C. PD y RC son mejores que los otros grupos. 2. RC significativamente más bajo que los otros grupos; DS más bajo que PC y NT. 3. PD significativamente mejor que otros; DS y RC mejor que EV, PC y NT.	Ninguno

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Rimm y Mahoney 1969, I.	19 estudiantes (hombres y mujeres)	Serpientes D: No especificado	1. Cognitivo: Evaluación de miedo (10 pto, escala) 2. Conductual: Test de evitación.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Reforzamiento no contingente (RNC)		1. No hay diferencias	2 semanas
2. Reforzamiento contingente (RC).		2. No hay diferencias	1. La mayoría de los sujetos mostraron alguna pequeña reducción.
3. No Tratamiento, Control (NT).			2. No hay cambios excepto para dos sujetos.

267

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Rasm y Mahoney 1969, 11	12 sujetos	Serpientes D: Sin especificar.	1. Cognitivo: Buntuación de miedo (escala de 10 pts.). 2. Conductual: Prueba de evitación.

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Modelado participativo (MP) 2. Control sin tratamiento (NT)	182 MP mejoró significativamente más que NT	Ninguno

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Ritter, 1968	44 niños (28 niñas 16 niños)	Serpientes D: Sin especificar	1. Cognitivo: Puntuación de miedo (3pts). 2. Conductual: Prueba de evitación.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
2 sesiones de 35 minutos.			Ninguno
1. Desensibilización vicaria (DSV)		1. DSV y DSC disminuyeron pero no significativamente sobre	
2. Desensibilización por contacto (DSC)		C.	
3. Controles (C)		2. SDV significativamente mejor que DSC; pero ambos fueron mejor que C.	
8 horas.			

349

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Ritter, 1969a.	12 voluntarios (2 hombres, 10 mujeres)	Altura. D: Sin especificar	1. Cognitivo: A. Escala de reconocimiento de miedos. FSS 11 B. Puntuación de miedo (escala de 11 pts.), 2. Conductual: Prueba de evitación de altura.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
24 minutos para todas las condiciones.		1. A. No diferencias significativas.	Ninguno
1. Desensibilización por contacto (DSC)		B. DSC superior a los otros.	
2. Desensibilización por contacto no terapéutico (DSCNT).		2. Solo DSC mostró progreso significativo.	
3. Control sin tratamiento (NT)			

350

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Ritter, 1969b.	15 voluntarios de la comunidad (13 mujeres, 2 hombres).	Altura D: Sin especificar	1. Cognitivo: A. Escala de reconocimiento de miedos, FSS-II B. Puntuación (escala de 11 pts). 2. Conductual: Prueba de evitación de altura.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1 sesión de 35 minutos.		1. A. Todos los grupos más bajos en el examen posterior; sin diferencias significativas. B. Sin diferencias en el cambio sólo la evaluación DP disminuyó significativamente.	Ninguno
1. Desensibilización por contacto (DSC)			
2. Demostración + participación (DP)			
3. Modelado en vivo (MV)			
		2. DSC superior a DP & MV; DP superior a MV.	

AUTORES MUESTRA TIPO DE FOBIA Y DURACION (D) FORMA DE EVALUACION

Smith y Coleman, 17 voluntarios  
1977. (mujeres) Ratas  
D: Sin especificar.

1. Cognitivo:

- A. Puntuaciones de arousal de miedo (escala de 10 pts)
- B. Actitudes sobre encuentros con las ratas en 6 situaciones (escala de 7 pts.).
- C. Evaluación de autocompetencia.
- D. Inventario de reconocimiento de miedos. Temple Fear Survey Inventory

351

2. Conductual:

Prueba de aproximación

CONDICIONES DE TRATAMIENTO RESULTADOS SEGUIMIENTO

Total de 63 minutos.

1, 2 y 3: Los 3 grupos

No especificados.

1. Modelado participante + repaso en pre  
escuela del terapeuta (MP+PT).

C.

1. Sin diferencias en medidas.

2. Modelado participante + práctica auto  
dirigida con tratamiento de rata (MP+PA)

C: Sin diferencias.

3. Modelado + práctica autodirigida con  
variadas ratas (M+PA).

2. Sin diferencias entre  
los grupos en tratamien  
to; todos significativame  
nte mejorados sobre C.

4. Control (C).



252

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
STEIN y MARKS (1973)	16 sujetos	13 agorafóbicos 3 fóbicos D- no especificada	1- Cognitivo: a/ Puntuaciones de pánico en una escala de 0-8 puntos evaluado por el paciente. b/ Puntuaciones de pánico en una escala de 0-8 puntos evaluado por el asesor. La libre ansiedad flotante correlaciona. 94 con ataques de pánico.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1- Breve grabación de inundación imaginaria seguido por una breve inundación en vivo. (BIG+DIV).		Significativo efecto del tratamiento sobre el pánico, pero las puntuaciones de pánico no disminuyen de acuerdo con el tratamiento.	No especificado.
2- Breve grabación de inundación imaginaria seguida por una prolongada inundación en vivo. (BIG+PIV).			
3- Prolongada grabación de inundación imaginaria seguido por una breve inundación en vivo. (PIIG+DIV).			
4- Prolongada grabación de inundación imaginaria seguido por una prolongada inundación en vivo. (PIIG+PIV).			

253

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Suedfeld & Hare 1977	16 voluntarios es- tudiantes remunerá- dos.	Serpientes D: Sin especificar.	1. Cognitivo: A. Cuestionario de miedo a serpientes. B. Miedo General a serpientes (escala 95 pts). C. Miedo a acercarse. D. Miedo en el punto más cercano, pretratamiento.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO			
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Deprivación sensorial (autoinforme fóbico y fisiológico) (D+AF).	1. D+AF superior a CD&NT en todos los casos; D+AF superior a D+AF sólo en A.		Ninguno
2. Deprivación sensorial (sólo autoinforme fóbico) (D+AF).	2. A&B. Sin diferencias; Todos decrecieron.		
3. Control con diapositivas (CD)	3. D+AF y D+AF significativa-mente mejor que CD&NT.		
4. Control sin tratamiento (NT)			

2. Fisiológico:
  - A. Conductancia electrodérmica.
  - B. Tasa cardíaca.
3. Conductual:
 

Prueba de evitación.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Atson, Gail Marks, 1971	10 pacientes fóbicos adultos	Mixto (Globo, gatos, agua, arañas, pájaros, plumas, truenos). D: Presente desde la infancia.	1. Cognitivo: A. Escala de evaluación de síntomas (pacien- te, terapeuta). B. Diferencial semántico. 2. Fisiológico: A. Tasa cardiaca (TC). B. Conductancia de la piel (SC).
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1-5 horas.		1. Todo S mejoró después de II; mejora adicional después de EP.	3-6 meses.
1. Inundación imaginaria (II) por ETa- badora + exposición prolongada (EP).		2. Todos los pacientes mejoraron en TC. SC fue también menos pro- minente durante la imaginación fóbica.	1. Mejora clínica mantenida; procedimientos no descritos.
2. Exposición prolongada (EP).			

55

AUTORES

MUESTRA

TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)

FORMA DE EVALUACION

Watson y Marks  
(1971)

16 sujetos

Edad media: 30,3 a.

Hombres y mujeres:

no especificado

10 agorafóbicos, 6 fóbicos especí-  
ficos.

Duración media : 12,3 años

1. Cognitivo:

- Puntuaciones de ataques de pánico y sentimientos de despersonalización en una escala de 0-8 puntos por los pacientes.
- La misma escala evaluada por el terapeuta y el asesor independiente.

CONDICIONES DE TRATAMIENTO

RESULTADOS

SEGUIMIENTO

1. Inundación imaginaria con estímulos fóbicos relevantes seguido por inundación imaginaria con estímulos de miedo normales (irrelevantes) (IIEF+IIEH).

IIEF+IIEH > IIEH+IIEF

No especificado

Sólo la inundación imaginaria relevante produjo una mejoría en los ataques de pánico de acuerdo con las puntuaciones del terapeuta y el asesor.

2. Inundación imaginaria con estímulos de miedo irrelevantes (normales), seguido por inundación imaginaria con estímulos fóbicos relevantes. (IIEH+IIEF).

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Wills y Edwards, 969	50 no graduadas (mujeres)	Ratones D: No especificado	1. Cognitivo: A. Escala de reconocimiento de miedos ratones y puntuación total. B. Termómetro (100 pt.) C. T: preguntarles si podrían tocar un ratón D. M: preguntarles si podrían levantar y mantener cogido un ratón. 2. Conductual: Test de evitación
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Entre 2 y 5 sesiones.		1. En todas las medidas excepto M, DS era significativamente mejor que TI y C, estos no se diferenciaban entre sí. 2. DS significativamente mejor que TI y C.	2 meses - Escala de reconocimiento de miedos; sólo ratones. 1. No hay cambio
1. Desensibilización Sistemática (DS) 2. Terapia Implosiva (TI) 3. Control (C)			

357

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Wieselberg, Dyckman y Abramowitz, 1979	17 voluntarios (11 mujeres, 6 hombres).	Serpientes D: Sin especificar.	1. Cognitivo: A. Escala de reconocimiento de miedos. B. Actitud hacia las serpientes. C. Puntuación de miedo.  2. Conductual: Prueba de evitación progresiva.
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
5 sesiones de 30 minutos.		142 DSV superior a DSI	9 meses
1. Desensibilización "in vivo" (DSV)			142 DSV no superior a DSI
2. Desensibilización imaginada (DSI)			

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Ule y Fernando 980.	Paciente de 16 a. (chico)	Sangre D: No especificado	No especificado

358

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
5 sesiones 1. Desensibilización en vivo	1. El paciente estaba preparado para ver sangre fluyendo de un brazo sin señales de tensión o desmayo.	2 meses y medio; 5 años. 1. Resultados mantenidos conforme a la opinión del paciente y su madre.

AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
Zitrin, Klein y Woerner (1980)	76 sujetos Edad media: 35,6 a. 76 mujeres.	76 pacientes agorafóbicos D- 8,6 años	1. Cognitivo: Escala de pánico espontáneo evaluada por el terapeuta y evaluador independiente. (4-7)
CONDICIONES DE TRATAMIENTO		RESULTADOS	SEGUIMIENTO
1. Grupo de exposición en vivo más Imipramina (EV+Imp).		Amos mejoraron, pero EV+Imp > EV+P. 1 punto de diferencia media entre los grupos en la clasificación de pánico con siguiendo estadísticos significativos.	6 meses. 1. 27% recayeron. 2. 26% recayeron.
2. Grupo de exposición en vivo más placebo (EV+P).			



AUTORES	MUESTRA	TIPO DE FOBIA Y DURACION (D)	FORMA DE EVALUACION
D'Zurilla, Wilson y Nelson, 1973.	73 estudiantes (mujeres)	Ratas muertas D: Sin especificar.	1. Cognitivo: A. Inventario de ansiedad S-R (SRA). B. Escala de expectativas (escala de 5 pts.) 2. Conductual: Prueba de evitación.

360

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
6 sesiones semanales.		
1. Desensibilización sistemática (DS)	1. A. Sólo RC mejoró significativamente sobre NT.	Ninguno
2. Exposición gradualmente prolongada (EGP)	B. Sin diferencias significativas.	
3. Reestructuración cognitiva (RC)	2. Sólo EGP mejoró significativamente sobre NT.	
4. Sin tratamiento (NT)		

De los 64 trabajos revisados, en tres de ellos (Berstein y Beaty, 1977 Nesbil, 1973; Yule y Fernando, 1980) no se especifica el tipo de evaluación utilizada. Por tanto, los resultados que a continuación se muestran han sido obtenidos a partir de los 61 trabajos restantes.

En ellos, la evaluación cognitiva se llevó a cabo en 57 casos, lo que supondría un 85'2% del total. La evaluación motora tuvo lugar en 47 casos, 77% del total. El tipo de evaluación utilizado con menor frecuencia ha sido la fisiológica, que únicamente se ha empleado en 13 casos, 21,3% del total.

Como ha podido observarse, en un gran número de trabajos se ha utilizado más de un tipo de evaluación. Las distintas combinaciones de métodos han sido las siguientes:

	<u>n</u>	<u>% (sobre 61 estudios)</u>
Cognitivo-motor .....	29	47,5
Cognitivo-fisiológico .....	3	4,9
Fisiológico-motor.....	2	3,3
Cognitivo-fisiológico-motor.	8	13,1

En cuanto a las distintas pruebas e instrumentos empleados en cada tipo de evaluación, destaca la gran variedad utilizada en la evaluación cognitiva. Los más utilizados son los siguientes:

Puntuaciones subjetivas	n	% sobre total ev. cognitiva	% sobre total revisado, n=61
de miedo y ansiedad .....	24	46,2	39,3
Termómetro de miedo .....	12	23,1	19,7
Escalas de reconocimiento de miedos (F.S.S.) .....	9	17,3	14,8
Escalas de evaluación de síntomas .....	7	13,5	11,5
Diferencial de ansiedad ...	5	9,5	8,2
Inventario S.R. ....	3	5,8	4,9
Inventario de miedos .....	3	5,8	4,9
Puntuaciones de arousal ...	3	5,8	4,9
Listas de síntomas de ansiedad .....	3	5,8	4,9

A estas habría que añadir escalas muy específicas como:

Actitudes ante serpientes..	8	15,4	13,1
Miedo general a las sepien- tes. ....	4	7,7	6,6

El resto de los instrumentos no ha sido utilizado en más de 2 casos. Entre estos estarían el Inventario de personalidad de Eysenck, lista de fóbias y ansiedad social, lista de adjetivos de ansiedad, autocompetencia, etc.

Para la evaluación motora se han utilizado preferentemente las pruebas de evitación y acercamiento. De los 47 estudios en los que se llevó a cabo evaluación motora (sobre un total de 61), en 27 se realizaron pruebas de evitación (57,5% del total motor, 44,3% del total revisado) y en 9 de acercamiento (19,1% del total motor, 14% del total revisado). Otras formas de evaluación, como, tiempo pasado en una habitación cerrada, tiempo mirando un cuchillo, n° de escalones subidos, etc; no han sido utilizados más que en una o dos ocasiones.

La evaluación fisiológica, que únicamente se ha llevado a cabo en 13 ocasiones, ha utilizado preferentemente registros de la tasa cardíaca (n=9, 69,2% del total fisiológico, 14,8% del total revisado) y de actividad electrodérmica, generalmente conductancia (n=6, 46,2% del total fisiológico, 9,8% del total revisado). En una ocasión se llevaron a cabo medidas del flujo sanguíneo en el dedo índice y del sudor dactilar.

### 5.3 CONCLUSIONES

No pretendemos que los datos expuestos sean fruto de una revisión exhaustiva, ya que, sin duda, el número de trabajos llevados a cabo en este área es considerablemente mayor. Sin embargo creemos que los resultados presentados son claramente representativos, al ser ésta una de las revisiones más amplias realizadas hasta la fecha.

Uno de los aspectos que más destaca, y hasta sorprende, es el predominio de la evaluación cognitivo-subjetiva en una línea terapéutica, derivada del modelo conductual, que habitualmente ha rechazado este tipo de medida; si bien en los últimos años se está produciendo una mayor aceptación también teórica, ya que, como puede observarse la aceptación ha sido siempre amplia desde el punto de vista aplicado. Ahora bien, esta evaluación subjetivo-cognitiva se ha llevado a cabo sin acudir, salvo en contadas excepciones, a instrumentos que midan rasgos o constructos internos.

Destaca también, el predominio de la evaluación cognitiva y motora sobre la fisiológica. Esto, pensamos, no se debe a un menosprecio de esta última, sino que sería debido a la complejidad y alto coste que la evaluación fisiológica representa (Ver apartado 3.4.1).

Por otro lado, puede observarse una complejidad creciente en la evaluación de la ansiedad, como muestra el alto número de instrumentos y técnicas diseñados para este fin.

Por último, y creemos que este es el aspecto de mayor importancia, de esta revisión se puede deducir la necesidad de realizar evaluaciones de los tres sistemas de respuesta; dado que, como puede apreciarse, los distintos tratamientos influyen de forma diferente sobre cada uno de ellos, al igual que sobre los distintos instrumentos de medida. Por tanto, el utilizar un único instrumento

o método que evalúe un sólo sistema de respuesta, y tomar ésta como criterio de la eficacia de un tratamiento, puede dar lugar a conclusiones erróneas en muchos casos.



PARTI II

ELABORACION Y DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA:  
EL INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.)

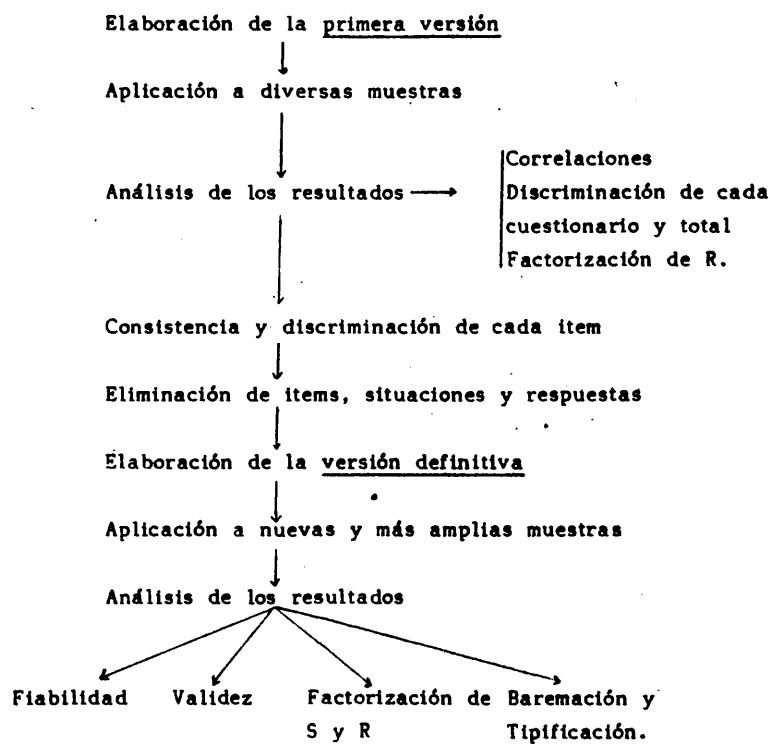




34

6. PRIMERA VERSION DEL I.S.R.A.

La creación y desarrollo del I.S.R.A. se ha llevado a cabo ateniéndose al siguiente plan de trabajo:



En los apartados siguientes se describen detalladamente cada uno de los pasos indicados.

#### 6.1 OBJETIVOS PERSEGUIDOS CON LA CREACION DEL INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.).

Nuestro principal objetivo es crear un instrumento que evalúe por separado la frecuencia de respuesta cognitivas, fisiológicas y motoras ante situaciones de la vida cotidiana, susceptibles de generar ansiedad. Para ello, hemos empleado como base de construcción del inventario el formato S-R y como modelo teórico el tridimensional de Ansiedad de Lang.

El I.S.R.A. pretende ser un instrumento preciso de evaluación de las respuestas cognitivas de ansiedad y un primer detector de las respuestas psicofisiológicas y motoras, ante situaciones dadas.

De cara a la evaluación, este instrumento permite la obtención de una información más detallada y completa al evaluar situaciones, respuestas, interacción entre ambos, y los tres sistemas de respuesta por separado.

Con vistas al tratamiento, ofrece la posibilidad de una exploración previa que nos de las pautas sobre situaciones más problemáticas para el sujeto, la respuesta a modificar y el tratamiento más indicado para el caso.

## **6.2 CONSTRUCCION Y DESCRIPCION DE LA PRIMERA VERSION DEL I.S.R.A.**

Para el desarrollo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.) se llevó a cabo una amplia revisión de las escalas existentes a la vez que se mantuvieron contactos con otros investigadores y clínicos que centran su trabajo en este campo.

A partir de aquí, se seleccionaron las situaciones de la vida ordinaria que más frecuentemente provocaban respuestas de ansiedad y se realizó una catalogación de las respuestas más relevantes en tres apartados, correspondientes a cada uno de los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor.

Se seleccionaron veintisiete situaciones que inclufan situaciones de prueba o examen, sociales, estímulos fóbicos, estímulos imaginarios o encubiertos, eventos stressantes, exigencias de resolución de problemas, asertividad, escenas violentas, etc. Se incluyó una situación abierta, la número 28, para que el sujeto pudiese añadir una situación que le perturbase especialmente, en el caso de que no estuviera incluida en las 27 anteriores.

Se tomaron 26 respuestas, agrupadas de la siguiente forma: 7 cognitivas, 12 fisiológicas y 7 motoras.

Se contruyó una tabla de doble entrada para cada sistema de respuesta, en la que aparecían las 28 situaciones en posición vertical y las respuestas correspondientes a cada uno de los sistemas en posición horizontal. De esta forma cada intersección situación-respuesta constituía un ítem que debía ser valorado por el sujeto. El total de ítems así obtenidos fue de 27x7 para el Inventario Cognitivo, 27x12 para el Fisiológico y 27x7 para el Motor.

De estos 702 ítems, se eliminaron aquellos en que la respuesta a la situación era altamente improbable o carecían de sen-

tido, como por ejemplo "cuando estoy aburrido (S).... siento miedo (R)", "cuando voy a llegar tarde a una cita (S).... suelo tener diarrea (R)". Para llevar a cabo esta eliminación se empleó un método de doble ciego, donde cada juez eliminaba aquellos items que cumplían las condiciones expuestas. Se eliminaron aquellos donde existía total acuerdo entre jueces, lo que sucedió con 149 items, de los cuales 36 eran cognitivos, 71 fisiológicos y 42 motores.

Por lo tanto, la primera versión del I.S.R.A., consiste en tres cuestionarios, cognitivo, fisiológico y motor, que poseen 153, 253 y 147 items respectivamente.

A continuación se presentan los tres cuestionarios. Las casillas sombreadas son las que resultaron eliminadas por los jueces. En el ángulo superior derecho de cada cuestionario aparecen las letras, C para el cognitivo, F para el fisiológico y M para el motor.

# INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.)

Apellidos:  
Nombre:  
Edad:  
Sexo:  
Fecha:

312

Instrucciones: Este inventario consta de 26 situaciones y de un cierto número de respuestas que cada persona puede manifestar con mayor o menor frecuencia en dichas situaciones. Su tarea consiste en evaluar de 0 a 4, según la escala adjunta, la frecuencia con que usted manifiesta cada respuesta en cada situación. Por ej.: Lea la situación 1 y la respuesta 1, consulte la escala (casi nunca; pocas veces; 1; etc.) y decida qué número poner en la casilla correspondiente (intersección de fila 1 y columna 1)

SITUACIONES	RESPUESTAS				RESUMEN DE PUNTUACIONES Y MEDIAS													
	1.- Me preocupa fácilmente	2.- Tengo pensamiento o sentimientos negativos sobre mí, talen como "inferior a los demás", "torpe", etc.	3.- Estoy inseguro de mí mismo	4.- Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidir	5.- Siento miedo	6.- Me cuesta concentrarme	7.- Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S.T.
0.- CASI NUNCA																		
1.- POCAS VECES																		
2.- UNAS VECES SI OTRAS VECES NO																		
3.- MUCHAS VECES																		
4.- CASI SIEMPRE																		
1.- Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante																		
2.- Cuando voy a llegar tarde a una cita																		
3.- Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer																		
4.- Cuando pienso en mi aspecto físico o en dar una buena imagen																		
5.- Ante ciertos animales inofensivos (hormigas, ratones, perros, etc.)																		
6.- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil																		
7.- En mi trabajo o cuando estudio																		
8.- Cuando espero a alguien en un lugar desconocido																		
9.- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima																		
10.- Cuando alguien me molesta o cuando soy tocado																		
11.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, siempre que pueda ser evaluado negativamente																		
12.- Si tengo que hablar en público																		
13.- Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, humillado, solo o rechazado																		
14.- Cuando tengo que viajar en avión o en barco																		
15.- Después de haber cometido algún error																		
16.- Cuando tengo que ir de compras, comer en un restaurante, etc.																		
17.- Ante la consulta del dentista, las operaciones, las heridas o la sangre																		
18.- Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo (18)																		
19.- Cuando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros																		
20.- En medio de multitudes o en espacios cerrados																		
21.- Cuando estoy aburrido																		
22.- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer a gente nueva																		
23.- Si soy presentado a una persona importante o que represente autoridad																		
24.- En lugares altos, o ante aguas profundas																		
25.- Al observar escenas violentas																		
26.- Por nada, en concreto																		
27.- A la hora de dormir																		
28.- Escriba una situación en la que <u>usted</u> manifieste frecuentemente algunas de estas respuestas o conductas																		

Será deseable que tratara de precisar más





## 37h

Instrucciones: Este inventario consta de 28 situaciones y de un cierto número de respuestas que cada persona puede satisfacer con mayor o menor frecuencia en las distintas situaciones. Consiste en evaluar de 0 a 4, según la escala adjunta, la frecuencia con que va. satisficente cada respuesta en cada situación. Por ej.: en la situación 1 y la respuesta 1, consulte la escala (casi nunca; 0; pocas veces; 1; etc.) y decida qué número poner en la casilla correspondiente (intersección de fila 1 y columna 1).

SITUACIONES	RESPUESTAS	RESUMEN DE PERTURBACIONES Y MENTAS										
		S.T.										
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S.T.
1. CASI NUNCA												
2. POCAS VECES												
3. UNAS VECES SI OTRAS VECES NO												
4. MUCHAS VECES												
5. CASI SIEMPRE												

SITUACIONES	RESPUESTAS	RESUMEN DE PERTURBACIONES Y MENTAS										
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S.T.
1. Llore con facilidad												
2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (mascara, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.)												
3. Fumo, como o bebo demasiado												
4. Trato de evitar o rehuir la situación												
5. La mano y bajo como sin una finalidad concreta												
6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes												
7. Participo o tengo otras dificultades de expresión verbal												

Se recomienda que trate de precisar más

### 6.3 INSTRUCCIONES Y FORMA DE CORRECCION

Las instrucciones indican al sujeto que debe evaluar la frecuencia con que manifiesta las distintas respuestas en cada una de las situaciones.

Para evaluar esta frecuencia se ha utilizado una escala de 5 puntos, con las siguientes categorías:

- 0= Casi nunca.
- 1= Pocas veces.
- 2= Unas veces si, otras veces no.
- 3= Muchas veces.
- 4= Casi siempre.

Las instrucciones quedaron redactadas como sigue:

Instrucciones: Este inventario consta de 28 situaciones y de un cierto número de respuestas que cada persona puede manifestar con mayor o menor frecuencia en dichas situaciones. Su tarea consiste en evaluar de 0 a 4, según la escala adjunta, la frecuencia con que Vd. manifiesta cada respuesta en cada situación. Por ej. lea la situación 1 y la respuesta 1, consulte la escala (casi nunca: 0; pocas veces: 1; etc.) y decida qué número poner en la casilla correspondiente(intersección de fila 1 y columna 1)

La corrección y valoración de la prueba se realiza sumando las puntuaciones dadas por el sujeto a cada ítem (casilla) de cada cuestionario (C,F y M). Una forma simple y sistemática de hacerlo consiste en sumar las casillas de cada columna y posteriormente sumar los sumatorios así obtenidos. De igual forma se puede proceder con las filas.

Así obtendríamos tres puntuaciones; una para el cuestionario cognitivo, otra para el fisiológico y otra para el motor. La puntuación total se obtendría sumando las tres anteriores, es decir:

$$P.T = C + F + M$$

Si se desea, se puede obtener la puntuación de una, o varias respuestas a través de todas las situaciones del cuestionario. Para ello se debe sumar la columna correspondiente a la respuesta requerida.

Para obtener la valoración de las distintas situaciones, se sumarán las filas correspondientes a cada situación en cada cuestionario.

7. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA PRIMERA VERSION DEL I.S.R.A.

### 7.1 MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

La muestra total estaba compuesta por 98 sujetos divididos en dos grupos: normales y psicósomáticos.

Para incluir a un sujeto en el grupo psicósomático, debía cumplir los siguientes requisitos:

1. Padecer algún trastorno como:

- Hipertensión esencial.
- Úlcera de duodeno.
- Cefaleas frecuentes.
- Taquicardias.
- Asma.

2. Que el trastorno que manifestaban tuviese una base presumiblemente psicógena.

El grupo "normal" estaba formado por 50 sujetos, 25 varones y 25 mujeres que no padecían ningún tipo de trastorno.

El grupo "psicósomático" constaba de 48 sujetos, 25 mujeres y 23 varones.

La edad oscilaba entre 18 y 64 años, no existiendo diferencias entre los grupos en cuanto a las variables edad y sexo.

Todos los sujetos completaron una batería de pruebas de medida de ansiedad, consistente en: M.A.S. de Taylor (1953), S.T.A.I. de rasgo de Spielberger y Cols (1970), I.S.R.A.

El orden de aplicación de las pruebas fue el indicado en el párrafo anterior, siendo el del I.S.R.A.: cognitivo, fisiológico y motor.

## 7.2. ANALISIS DE DATOS

A partir de los datos obtenidos, se realizaron los siguientes análisis:

1. Cálculo de medias y desviaciones típicas de cada cuestionario en cada uno de los grupos.
2. Capacidad de discriminación entre grupos de cada uno de los cuestionarios: pruebas de t.
3. Correlaciones entre cada uno de los cuestionarios empleados (incluyendo cada una de las partes del I.S.R.A. con puntuaciones poderadas): coeficiente de correlación de Pearson.
4. Análisis factorial de respuestas del I.S.R.A.

Los cálculos de los diferentes análisis han sido realizados sobre 27 situaciones, no contabilizándose las respuestas dadas a la situación 28, o situación abierta. Esta situación abierta tiene un especial interés en el campo clínico, pero al ser opcional es mejor excluirla de aquellos análisis en que se comparen sujetos o grupos.

Todos los análisis se llevaron a cabo en el Centro de Proceso de Datos de la U.C.M., utilizando para ello los programas 3D y 4M del B.M.D.P. de Dixon (1983), después de haber elaborado los datos originales mediante programas de FORTRAN.

### 7.3 PRESENTACION Y COMENTARIO DE LOS RESULTADOS

#### - Capacidad de discriminación entre grupos de cada uno de los cuestionarios empleados.

Los resultados de los análisis 1 y 2 se presentan en la tabla II.

Como puede apreciarse los dos grupos difieren de forma altamente significativa en sus puntuaciones medias tanto en el M.A.S. como en el S.T.A.I.

Con respecto al I.S.R.A., la prueba total discrimina entre ambos grupos con una probabilidad de error inferior a 1 por 10.000. A su vez, cada una de las partes (cognitiva, fisiológica y motora) discrimina con una probabilidad de error inferior a 1 por 1.000, siendo el cuestionario fisiológico el que discrimina con una menor probabilidad de error ( $p \leq 0.0000$ ).

#### - Correlaciones entre M.A.S., S.T.A.I. y las distintas partes del I.S.R.A.

En la tabla III se muestran los resultados correspondientes al cálculo de correlaciones entre cuestionarios.

Todas las correlaciones obtenidas son altamente significativas, con una probabilidad de error inferior al 1 por mil.

Las correlaciones del M.A.S. y el S.T.A.I. con el I.S.R.A. son de 0.63 y 0.70 respectivamente, lo que confiere al I.S.R.A. un alto grado de validez, si tomamos a los dos primeros como criterios, elección esta que viene avalada por lo extendido de la aplicación de estos cuestionarios en la evaluación de ansiedad.

TABLA II

VALORES DE LAS MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS PARA CADA PRUEBA.

	NORMAL		PSICOSOMATICO		NORMAL	PSICOSOMATICO		PROBABILIDAD DE t.
	$\bar{X}$		$\bar{X}$			St		
M.A.S.	21		30		7		6	t=-6.32 p<0.0000
S.T.A.I.	43		49		10		10	t=-3.31 p<0.0013
COGNITIVO	200		259		88		81	t=-3.40 p<0.0010
FISIOLOGICO	179		313		108		118	t=-5.85 p<0.0000
MOTOR	140		196		70		81	t=-3.63 p<0.0005
TOTAL	519		767		243		244	t=-5.04 p<0.0000

I  
S  
R  
A



TABLA III

CORRELACIONES ENTRE M.A.S., S.T.A.I. Y LAS DISTINTAS PARTES DEL I.S.R.A.

	M.A.S.	S.T.A.I.	I.S.R.A.		
			COGNITIVO	FISIOLÓGICO	MOTOR
M.A.S.	1				
S.T.A.I.	0.78	1			
COGNITIVO	0.63	0.72	1		
FISIOLÓGICO	0.58	0.57	0.66	1	
MOTOR	0.49	0.58	0.72	0.78	1
TOTAL	0.63	0.70	0.89	0.89	0.92
					1

Al analizar la correlación de cada uno de los cuestionarios que componen el I.S.R.A. con el M.A.S. y el S.T.A.I., observamos que, el cuestionario cognitivo es el que obtiene correlaciones más altas con ambos (0.63 y 0.72 respectivamente), en especial con el S.T.A.I. que posee un mayor porcentaje de ítems (en este caso respuestas) de tipo cognitivo.

Las correlaciones entre cada una de las partes del I.S.R.A. muestran que el cuestionario cognitivo y fisiológico son los que menos correlacionan entre sí ( $r=0.66$ ) teniendo una varianza común de 43,5%. La correlación más alta entre partes es la correspondiente al cuestionario fisiológico con el motor ( $r=0.78$ ) con una varianza común de 60,8%.

#### - Análisis factorial de respuestas.

En cuanto al análisis factorial de las respuestas, cuyos resultados se muestran en la Tabla IV, se ha utilizado el método de análisis de los componentes principales (P.C.A.) con rotación VARIMAX.

Se han obtenido cuatro factores, con un valor propio superior a 1, que explica el 68,71% de la varianza total. El primero explica el 31,5%, el segundo el 17,62% el tercero el 12,53% y el cuarto el 7,40% de la varianza total.

Los factores han sido definidos de la siguiente manera:

**FACTOR I:** Activación general con predominio cognitivo.

Está caracterizado por una activación general que implica a los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), obteniendo pesos más altos las respuestas de tipo cognitivo, tales como inseguridad, autoevaluación negativa, dificultad para concentrarse, temor, etc.

**FACTOR II: Activación fisiológica.**

Destacan en este factor las altas saturaciones conseguidas por las respuestas de tipo fisiológico, tales como dificultades respiratorias, sequedad de boca, escalofríos, etc. Este factor implica una alta actividad autonómica.

**FACTOR III: Activación motora.**

Este factor está definido por respuestas tales como, realización de movimientos repetidos, rascarse, moverse y hacer cosas sin finalidad concreta, fumar o beber en exceso, etc. Todas ellas implican una alta actividad motora no dirigida a una meta concreta.

**FACTOR IV: Trastornos psicofisiológicos y emotividad.**

Caracterizado por la presencia de desajustes tales como, dolor de cabeza, dolor de estómago, tensión muscular, náuseas y vómitos; así como por preocupación, llanto y temor. En este factor se reúnen dos aspectos básicos de las enfermedades psicósomáticas: desajustes psicofísicos y emotividad alterada.

En conclusión, el análisis factorial refleja de manera clara la existencia de tres sistemas de respuestas (cognitivo, fisiológico y motor) relativamente independientes, tal como son evaluados por cada una de las partes del I.S.R.A.; aparece también un cuarto factor que agrupa trastornos psicofisiológicos y alta emotividad, características propias de los trastornos psicósomáticos que el 50% de los sujetos que componían la muestra presentaban, y que el I.S.R.A. es capaz de evaluar.

TABLA IV

## ANÁLISIS FACTORIAL DE RESPUESTAS DEL I.S.R.A.:

385

Nº	FACTOR I	FACTOR II	FACTOR III	FACTOR IV
3. Inseguridad.	0.879			
7. Pensamientos sobre ser evaluado negativamente.	0.876			
2. Sentimientos negativos de inferioridad o torpeza.	0.863			
4. Indecisión.	0.856			
5. Miedo.	0.793			0.303
6. Dificultades de concentración.	0.777			
3. Conductas de evitación.	0.712		0.303	
5. Torpeza o inhibición motora.	0.712	0.465		
1. Preocupación.	0.672			0.461
6. Dificultad de expresión verbal.	0.546	0.370	0.286	-0.465
9. Rubor.	0.529	0.251		
• Temblor de manos y piernas.	0.523	0.467	0.433	
5. Palpitaciones y taquicardia.	0.503	0.492	0.384	
6. Dificultades respiratorias.	0.302	0.823		
9. Escalofríos.	0.270	0.814		
8. Sequedad de boca.		0.768		
7. Náuseas o mareo.	0.277	0.759		0.360
8. Dolor de estómago.		0.549	0.429	0.290
2. Diarrea.		0.528		
4. Movimientos y acciones sin finalidad.	0.464		0.729	
0. Sudoración.			0.704	
2. Fumar o beber en exceso		0.253	0.702	
1. Movimientos rítmicos o repetitivos.	0.485		0.613	
3. Dolor de cabeza.	0.264	0.299		0.687
4. Tensión muscular.	0.492		0.459	0.431
0. Llanto.	0.446	0.378		0.423
VP	8.104	4.581	3.257	1.924

Cuestionario Cognitivo: Incluye las respuestas 1-7.

Cuestionario Fisiológico: Incluye las respuestas 8-19.

Cuestionario Motor: Incluye las respuestas 20-26.

(En la tabla se han omitido los pesos inferiores a 0.2500).

#### 7.4 CONCLUSIONES: VENTAJAS Y PROBLEMAS.

En resumen, la primera versión del I.S.R.A. en su totalidad, así como cada una de sus partes, se ha mostrado como un inventario con:

- gran capacidad de discriminación entre grupos.
- alta consistencia interna.
- altas correlaciones con otros tests empleados como criterio.
- robusta estructura factorial, que apoya firmemente los presupuestos teóricos de que parte.

Lo que confiere al I.S.R.A. una alta validez, tanto de contenido, como empírica y estructural.

A lo expuesto, podemos añadir las ventajas que supone el contar con un amplio número de situaciones y respuestas, que permite realizar una extensa y detallada exploración de cuando, como y con qué intensidad se producen las reacciones de ansiedad.

Otra gran ventaja, quizá la más importante, es la posibilidad de obtener perfiles de respuesta individualizados, separando los aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, y si se desea, una puntuación de rasgo.

Entre los problemas señalaremos, en primer lugar, que el gran número de ítems (553) hace que la prueba sea excesivamente larga y pesada de contestar, mostrándose en algunos sujetos evidentes signos de fatiga. En segundo lugar, los análisis realizados, hasta este punto, no nos proporcionan una información detallada de cada uno de los ítems, lo que posibilita la existencia

de items excasamente discriminantes o poco válidos, en esta primera versión.

A estos problemas se dará solución en el siguiente paso de la investigación.



28

**8. DE LA PRIMERA A LA SEGUNDA Y DEFINITIVA**

**VERSION DEL I.S.R.A.**





### 8.1 ANALISIS REALIZADOS

Con el fin de eliminar items superfluos y tener un mayor conocimiento de la estructura interna de la prueba total y de cada una de sus partes, se han llevado a cabo distintos análisis para cada uno de los 553 items.

Los datos utilizados para ello han sido los obtenidos a partir de la muestra descrita en el punto 7.1, formada por 50 sujetos normales (25 varones y 25 mujeres) y 48 con trastornos psicossomáticos (23 varones y 25 mujeres).

Los análisis realizados para cada uno de los items fueron los siguientes:

1. Probabilidad del coeficiente Chicuadrado:  $\chi^2$
2. Coeficiente de Contingencia: C
3. Diferencias entre medias de normales y psicossomáticos: t

Para los análisis 1 y 2 las variables utilizadas fueron:

- a) Puntuación dada por los sujetos a cada item: de 0 a 4
- b) Grupo, con dos valores: Normal y Psicossomático.

Para el análisis 3 se partió de las medias de las puntuaciones de ambos grupos en cada item.

Los análisis 1 y 2 nos indican si existe relación entre las puntuaciones en ansiedad dadas por los sujetos a cada item (distribución de frecuencias de 0 a 4) y el grupo a que estos pertenecen (Normal o Psicossomático). A fin de cuentas, una

probabilidad baja de  $\chi^2$  y un alto coeficiente de contingencia, indicaría que los sujetos tienden a elegir diferentes frecuencias según su pertenencia a uno u otro grupo.

El análisis 3 sirve para comprobar si las medias obtenidas en cada grupo al valorar un ítem determinado, difieren entre sí de forma significativa.

Todos los análisis fueron realizados en el Centro de Proceso de Datos de la U.C.M., siguiendo los programas 4F y 3D del B.M.D.P. de Dixon (1983).

## 8.2 RESULTADOS OBTENIDOS

En las tablas V, VI y VII, se presentan los resultados de los análisis 1,2 y 3 para los ítems que componen el cuestionario Cognitivo.

- La probabilidad de  $\chi^2$  es igual o inferior a .05 en 33 ítems; otros 16 están comprendidos entre .06 y .10.

- El Coefficiente de Contingencia es igual o superior a .29 en 36 ítems; 15 ítems alcanzan valores entre .27 y .29

- La probabilidad de t es igual o inferior a .05 en 51 ítems; otros 19 están comprendidos entre .06 y .10.

Probabilidad de  $\chi^2$  en el  
cuestionario COGNITIVO

	1.- Me preocupa fácilmente	2.- Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior a los demás", "torpe", etc.	3.- Estoy inseguro de mí mismo	4.- Soy demasiado vulnerable a las cosas que me llegan a decirme	5.- Siento miedo	6.- Me cuesta concentrarme	7.- Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos
1.- Ante un examen en algo que me parezca importante o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante	.03	.08	.16	.06	.58	.01	.59
2.- Cuando voy a llegar tarde a una cita	.08	.25	.21	.23	.76		.47
3.- Cuando pienso en las cosas que tengo que hacer	.47	.90	.85	.03		.06	
4.- Cuando pienso en mi aspecto físico o en dar una buena imagen	.46	.19	.04				
5.- Ante ciertos animales inofensivos (macrañas, ratones, perros, etc.)	.22	.19	.86		.89		.30
6.- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	.04	.37	.25	.40		.14	.52
7.- En mi trabajo o cuando estudio	.41	.71	.19	.14		.17	.20
8.- Cuando espero a alguien en un lugar concurrido	.08	.10	.06	.04	.38		.04
9.- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, resumiendo, o si estoy en una situación sexual íntima	.74	.09	.25	.03	.49		.39
10.- Cuando alguien me saluda o cuando despierto	.28	.09	.38	.66			.24
11.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente	.59	.82	.41	.94		.05	.05
12.- Si tengo que hablar en público	.007	.53	.49	.08	.40	.10	.14
13.- Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, tímido, humillado, solo o rechazado	.68	.15	.17	.14		.00	.08
14.- Cuando tengo que viajar en avión o en barco	.61		.07		.68	.05	.23
15.- Después de haber cometido algún error	.20	.33	.47	.27	.09	.02	.17
16.- Cuando tengo que ir de compras, como en un restaurante, etc.	.59	.75	.99		.51	.02	.15
17.- Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la cirugía	.05		.44		.67		
18.- Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo (18)	.97	.44	.53	.24	.03		.31
19.- Cuando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros	.08	.24	.90	.34	.31	.13	
20.- En medio de multitudes o en espacios cerrados	.10	.08	.59		.05	.01	.11
21.- Cuando estoy aburrido	.45	.005	.40	.41		.92	
22.- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer a gente nueva	.42	.67	.01	.16	.06	.02	.89
23.- Si soy presentado a una persona importante o que represente autoridad	.22	.35	.57	.03	.56		.19
24.- En lugares altos, o ante aguas profundas	.004	.0025	.02		.08		.006
25.- Al observar escenas violentas	.36	.06	.32	.40	.04		
26.- Por nada en concursos	.02	.006	.16	.05	.13	.23	.35
27.- A la hora de dormir	.01	.14			.54		.16
28.- Describe una situación en la que tú, manifestaste frecuentemente algunas de estas respuestas o conductas.							

TABLA VI

Coefficiente de contingencia en  
el cuestionario COGNITIVO

	1.- No presupo fácilmente	2.- Tengo pensamientos e sentimientos negativos sobre mí, tal vez como "inferior a los demás", "torpe", etc.	3.- Estoy inseguro de mí mismo	4.- Soy demasiado vacilante a las cosas más ligeras a decir	5.- Siempre me da	6.- No puedo concentrarme	7.- Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos
1.- Ante un examen en el que no juego mi obo. o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante	.31	.28	.26	.29	.17	.39	.16
2.- Cuando voy a llegar tarde a una cita	.28	.23	.23	.23	.13		.18
3.- Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer	.18	.10	.11	.31		.29	
4.- Cuando pienso en mi aspecto físico o en dar una buena imagen	.18	.24	.29				
5.- Ante ciertos animales inofensivos (cucarachas, ratones, perros, etc.)	.23	.24	.11		.16		.22
6.- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	.29	.20	.22	.20		.25	.17
7.- En mi trabajo o cuando estudio	.20	.14	.24	.25		.26	.24
8.- Cuando espero a alguien en un lugar concurrido	.28	.27	.28	.29	.20		.30
9.- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rodeándome, o si estoy en una situación sexual íntima	.14	.27	.22	.31	.18		.26
10.- Cuando alguien se alejaba o cuando desisto	.22	.27	.20	.15			.23
11.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente	.16	.12	.19	.08		.29	.29
12.- Si tengo que hablar en público	.35	.17	.18	.28	.20	.27	.25
13.- Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, burlado, humillado, solo o rechazado	.15	.25	.24	.25		.40	.27
14.- Cuando tengo que viajar en avión o en barco	.16		.26		.15	.29	.23
15.- Después de haber cometido algún error	.24	.21	.18	.22	.27	.31	.24
16.- Cuando tengo que ir de compras, cenar en un restaurante, etc.	.16	.13	.04		.13	.29	.25
17.- Ante la consulta del dentista, las infecciones, las heridas o la sangre	.29		.19		.15		
18.- Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo (18)	.07	.19	.17	.23	.30		.21
19.- Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros	.27	.23	.10	.21	.21	.25	
20.- En medio de multitudes o en espacios cerrados	.26	.27	.18		.29	.33	.26
21.- Cuando estoy aburrido	.19	.38	.19	.19		.09	
22.- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer a gente nueva	.19	.15	.33	.24	.28	.31	.10
23.- Si soy presentado a una persona importante o que represente autoridad	.23	.20	.17	.31	.17		.24
24.- En lugares altos, o ante aguas profundas	.36	.37	.32		.34		.35
25.- Al observar escenas violentas	.20	.28	.21	.20	.30		
26.- Por nada en concreto	.31	.35	.27	.29	.25	.23	.20
27.- A la hora de dormir	.34	.25			.17		.25
28.- Describe una situación en la que tú manifestaste frecuentemente algunas de estas respuestas o conductas							

Probabilidad de T en el cuestionario COGNITIVO

	1.- No premepe facilmente	2.- Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior a los demás", "torpe", etc.	3.- Estoy inseguro de mí mismo	4.- Soy demasiado vultoso a las cosas sin llegar a decir	5.- Siempre asiedo	6.- No me gusta concentrarme	7.- Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos
1.- Ante un examen en el que se juega mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante	.07	.18	.28	.14	.51	.00 07	.27
2.- Cuando voy a llegar tarde a una cita	.01	.80	.74	.18	.79		.88
3.- Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer	.74	.47	.32	.009		.01	
4.- Cuando pienso en mi aspecto físico o en dar una buena imagen	.47	.91	.32				
5.- Ante ciertos animales inofensivos (cucarachas, ratones, perros, etc.)	.61	.45	.96		.46		.11
6.- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	.008	.11	.29	.34		.04	.13
7.- En mi trabajo o cuando estudio	.08	.22	.03	.01		.08	.07
8.- Cuando espero a alguien en un lugar concurrido	.008	.01	.06	.02	.75		.09
9.- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima	.71	.06	.19	.17	.21		.56
10.- Cuando alguien me molesta o cuando discuto	.17	.05	.05	.38			.02
11.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente	.47	.62	.57	.71		.01	.73
12.- Si tengo que hablar en público	.02	.10	.43	.01	.22	.04	.04
13.- Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado	.46	.09	.32	.28		.00 05	.06
14.- Cuando tengo que viajar en avión o en barco	.18		.03		.34	.02	.03
15.- Después de haber cometido algún error	.31	.06	.31	.03	.01	.08	.02
16.- Cuando tengo que ir de compras, comer en un restaurante, etc.	.15	.72	.82		.42	.01	.04
17.- Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre	.15		.07		.18		
18.- Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo (18)	.86	.06	.24	.22	.31		.06
19.- Cuando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros	.11	.86	.95	.19	.84	.01	
20.- En medio de multitudes o en espacios cerrados	.01	.02	.36		.01	.09	.05
21.- Cuando estoy aburrido	.09	.0005	.11	.67		.85	
22.- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer a gente nueva	.14	.40	.70	.07	.15	.15	.61
23.- Si soy presentado a una persona importante o que represente autoridad	.61	.11	.90	.26	.27		.07
24.- En lugares altos, o ante aguas profundas	.002	.002	.005		.09		.006
25.- Al observar escenas violentas	.05	.01	.07	.36	.15		
26.- Por nada en concreto	.003	.003	.01	.03	.01	.13	.19
27.- A la hora de dormir	.007	.04			.07		.02
28.- Escribo una situación en la que voy a manifestar frecuentemente algunas de estas reacciones o conductas							

En las tablas VIII, IX y X, se presentan los resultados de los análisis 1,2 y 3 para los ítems que componen el cuestionario Fisiológico.

- La probabilidad de  $\chi^2$  es igual o inferior a .05 en 119 ítems; 33 están comprendidos entre .05 y .10.

- El Coefficiente de Contingencia es igual o superior a .29 en 119 ítems; en otros 32 ítems se alcanzan valores entre .27 y .29.

- La probabilidad de t es igual o inferior a .05 en 179 ítems; otros 20 están comprendidos entre .06 y .10.



[illegible]

1.- siento molestias en el estómago	2.- Me pongo colorado	3.- Me duelen las manos y otra parte de el cuerpo cuando en días fríos	4.- Me tiemblan las manos o las piernas	5.- Siento tener diarrea	6.- Me duele la cabeza	7.- Mi cuerpo está en tensión	8.- Tengo palpitaciones, el corazón se late muy deprisa	9.- Se falta el aliro y al respiración se agitada	10.- siento náuseas o mareo	11.- Se me seca la boca y tengo dificultad para tragar	12.- Tengo escalofríos y tiritos aunque no hace mucho frío
.29	.22	.28	.34	.27	.40	.37	.29	.40	.36	.43	.30
.37	.30	.33	.34		.33	.23	.40	.40		.32	.22
.37		.35	.32	.19	.37	.28	.38	.39	.33	.39	.20
.22	.12	.26					.16				
		.27	.22			.14	.21	.25	.25	.19	.27
.28		.27		.16	.31	.16	.27			.27	.20
.39		.22		.18	.33	.28	.31			.34	.26
.31	.24	.18	.28			.33	.26	.37		.29	.23
.24	.17	.11	.38		.27	.27	.32	.33	.25	.35	.30
.31	.46	.25	.31		.33	.23	.31	.34	.29	.37	
.25	.28	.28	.32			.24	.18	.31	.34	.45	.25
.36	.07	.24	.37	.11	.36	.14	.33	.36	.37	.45	.35
.19	.20	.27		.26	.28	.31	.30	.30			.31
.13		.29	.31	.22	.32	.21	.31	.37	.37	.36	.22
.24	.21	.30	.34	.22	.32	.19	.27	.34	.25		.34
.14		.12	.19		.23	.26	.31				
.18		.20	.27	.21	.40	.20	.27	.33	.24	.28	.38
.21	.29	.21	.33	.18	.32	.22	.27	.33	.17	.28	.25
.21		.29	.36	.30	.33	.31	.22	.31		.32	
.34		.31	.38	.21	.39	.26	.25	.36	.36	.23	.19
.22				.24	.29	.25					
.34	.19	.24	.32	.26	.39	.27	.22	.39		.35	.12
.29	.15	.12	.25	.27		.22	.28	.31	.37	.33	.13
.15		.24	.37			.26	.31	.38	.36	.44	.32
.31	.27	.28	.23		.24	.32	.34	.31	.23		.21
.34	.14	.27	.31	.2	.34	.28	.31	.31	.33	.31	.25
				.29	.28	.25					

26.- Escribe una situación en la que tú, manifieste frecuentemente algunas de estas respuestas o conductas

1.- Siente molestias en el estómago	2.- Se pesco coloreado	3.- Se mueren las amebas o ciza parte de al cuerpo ha- ta en días fríos	4.- No tiembla las amebas o las plumas	5.- Suelo tener diarrea	6.- No duele la cabeza	7.- El cuerpo está en tem- blor	8.- Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa	9.- Se falta el aliro y al respiración se agitada	10.- Siento náuseas o vómeo	11.- Se me seca la boca y tengo dificultad para tragar	12.- Tengo escalofríos y ti- rilo aunque no haga mucho frío
.03	.08	.01	.009	.52	.05	.007	.006	.00	.00	.00	.004
.01	.11	.002	.0007	.00	.02	.0002	.0003	.00	.00	.00	.06
.0001	.004	.003	.11	.00	.10	.0001	.0005	.004	.008	.07	
.05	.00	.02			.21						
	.17	.11			.37	.12	.06	.60	.13	.02	
.01	.01		.63	.002	.29	.07			.02	.06	
.002	.03		.74	.002	.004	.005			.0009	.02	
.004	.03	.25	.004		.04	.008	.001		.006	.19	
.13	.35	.25	.001	.006	.009	.04	.006	.02	.0005	.07	
.004	.00	.06	.002	.00	.05	.03	.005	.01	.005		
.10	.05	.05	.003		.15	.10	.002	.02	.00	.03	
.003	.60	.20	.0002	.54	.002	.24	.03	.006	.001	.0009	
.16	.27	.02		.06	.009	.009	.003	.006		.004	
.28	.02	.009	.55	.005	.08	.02	.002	.006	.001	.03	
.01	.39	.009	.001	.17	.002	.12	.01	.001	.02	.001	
.52	.39	.03		.04	.02	.003					
.25	.26	.009	.17	.002	.18	.20	.06	.02	.01	.0005	
.04	.06	.05	.001	.09	.001	.13	.01	.02	.10	.004	.05
.14	.03	.004	.00	.005	.02	.06	.001		.002		
.001	.01	.0001	.05	.01	.01	.01	.006	.07	.06	.07	
.03				.05	.05	.01					
.005	.06	.04	.002	.06	.03	.26	.12	.001		.007	.42
.08	.33	.32	.02	.09	.11	.18	.002	.00	.001	.38	
.27	.03	.0002			.03	.002	.001	.001	.001	.06	
.02	.07	.03	.65		.77	.03	.002	.003	.02	.24	
.001	.19	.02	.004	.90	.001	.004	.001	.003	.005	.001	.03
				.04	.02	.03					

26.—Escriba una situación en la que vd. manifieste frecuentemente algunas de estas respuestas o conductas.

En las tablas XI, XII y XIII, se presentan los resultados a los análisis 1,2 y 3 para los ítems que componen el cuestionario Motor.

- La probabilidad de  $\chi^2$  es igual o inferior a .05 en 28 ítems y se encuentra entre .06 y .10. en otros 16.

- El Coefficiente de Contingencia es igual o superior a .29 en 31 ítems; 8 ítems alcanzan valores entre .27 y .29

- La probabilidad de t es igual o inferior a .05 en 54 ítems; 14 alcanzan valores entre .06 y .10.

— —

T A B L A X I

Probabilidad de  $X^2$  en el cuestiona-  
rio MOTOR

	1.- Llevo con facilidad	2.- Realizo actividades repetitivas con alguna parte de mi cuerpo (manos, brazos, servilletas, ritmos con pies o manos, etc.)	3.- Pienso, como o hablo demasiado	4.- Trato de evitar o reducir la situación	5.- Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta	6.- Cuando paralizado o mis servilletas son torpes	7.- Trastorno o tengo otras dificultades de expresión verbal
1.- Ante un examen en el que se juega mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante	.48	.03	.46	.50	.02	.16	.47
2.- Cuando voy a llegar tarde a una cita		.13			.03		
3.- Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer	.01	.01	.004		.009	.05	.10
4.- Cuando pienso en mi aspecto físico o en dar una buena imagen	.58			.23		.71	
5.- Ante ciertos animales inofensivos (conchitas, ratones, perros, etc.)			.52	.44	.11	.11	
6.- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	.20	.24	.02	.62	.02	.24	.05
7.- En mi trabajo o cuando estudio	.24	.32	.15	.54	.13	.05	.06
8.- Cuando espero a alguien en un lugar concurrido		.25	.02	.10	.23	.10	
9.- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima	.62	.42	.06	.77	.52	.14	.92
10.- Cuando alguien me molesta o cuando discuto		.03	.02	.74	.28	.008	.53
11.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente	.12	.23	.15		.14	.05	.70
12.- Si tengo que hablar en público		.30	.06	.93	.35	.41	.86
13.- Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, tímido, humillado, solo o rechazado	.43	.008	.007		.13		
14.- Cuando tengo que viajar en avión o en barco		.02	.31	.08	.08	.03	
15.- Después de haber cometido algún error	.11	.45	.22		.72	.49	.89
16.- Cuando tengo que ir de compras, comer en un restaurante, etc.		.06		.37	.87	.29	
17.- Ante la consulta del dentista, las investigaciones, las heridas o la sangre	.08	.49	.64	.24	.25	.13	.06
18.- Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo (18)		.28	.37	.08	.19	.10	.72
19.- Cuando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros	.99	.01	.21	.78	.28		
20.- En medio de multitudes o en espacios cerrados	.08	.006	.27	.38	.07	.02	
21.- Cuando estoy aburrido	.81	.81	.37		.50		
22.- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer a gente nueva	.30	.28	.16	.11	.70	.31	.03
23.- Si soy presentado a una persona importante o que represente autoridad	.20	.08	.26	.71	.81	.62	.62
24.- En lugares altos, o ante aguas profundas		.09		.36		.005	
25.- Al observar escenas violentas	.86	.82	.06		.16	.69	.50
26.- Por nada en concreto	.23	.54	.24		.26	.21	.35
27.- A la hora de dormir	.73	.11	.72	.31	.35		
28.- Describe una situación en la que vd. manifieste frecuentemente algunas de estas respuestas o conductas							

T A B L A    X I I

401

Coefficiente de Contingencia en el  
cuestionario MOTOR

	1.- Llene con facilidad	2.- Realice movimientos repetitivos con alguna parte de su cuerpo (resaca, taca, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.)	3.- Pasa, come o bebe desahogado	4.- Trate de evitar o reducir la altitud	5.- Se mueve y hace cosas sin una finalidad concreta	6.- Queda paralizado o sus movimientos son torpes	7.- Tartamudea o tiene otras dificultades de expresión verbal
1.- Ante un examen en el que se juega mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante	.15	.32	.18	.18	.32	.24	.18
2.- Cuando voy a llegar tarde a una cita		.25			.32		
3.- Cuando pienso en las cosas cosas que tengo que hacer	.34	.34	.36		.35	.30	.26
4.- Cuando pienso en el aspecto físico o en dar una buena imagen	.16			.23		.11	
5.- Ante ciertos animales inofensivos (conserchas, ratones, perros, etc.)			.06	.19	.26	.26	
6.- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	.23	.22	.33	.16	.32	.23	.30
7.- En mi trabajo o cuando estudio	.22	.21	.25	.17	.25	.27	.26
8.- Cuando espero a alguien en un lugar concurrido		.22	.33	.27	.23	.27	
9.- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rodeándome, o si estoy en una situación sexual íntima	.13	.19	.29	.13	.17	.25	.09
10.- Cuando alguien se molesta o cuando discuto		.32	.33	.13	.22	.37	.17
11.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente	.26	.23	.25		.25	.27	.14
12.- Si tengo que hablar en público		.21	.29	.08	.20	.19	.11
13.- Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, humillado, molesto o rechazado	.18	.35	.35		.25		
14.- Cuando tengo que viajar en avión o en barco		.33	.21	.29	.27	.32	
15.- Después de haber cometido algún error	.26	.18	.23		.14	.18	.18
16.- Cuando tengo que ir de compras, comer en un restaurante, etc.		.29		.17	.11	.19	
17.- Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre	.27	.18	.15	.22	.22	.25	.29
Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo (18)	.13	.22	.20	.28	.24	.27	.14
19.- Cuando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros	.04	.34	.23	.13	.19		
20.- En medio de multitudes o en espacios cerrados	.27	.36	.22	.20	.29	.33	
21.- Cuando estoy aburrido	.12	.12	.20		.18		
22.- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer a gente nueva	.19	.22	.24	.26	.14	.21	.32
23.- Si soy presentado a una persona importante o que represente autoridad	.17	.28	.22	.14	.12	.16	.16
24.- En lugares altos, o ante aguas profundas		.27		.20		.36	
25.- Al observar escenas violentas	.11	.12	.29		.25	.15	.18
26.- Por nada en concreto	.23	.17	.22		.22	.20	.20
27.- A la hora de dormir	.14	.26	.14	.18	.20		
28.- Escriba una situación en la que va. modifique frecuentemente algunas de estas respuestas o conductas							

## Probabilidad de T en el cuestionario

## MOTOR

	1.- Llora con facilidad	2.- Realiza movimientos repetitivos en alguna parte de su cuerpo (resaca, tics, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.)	3.- Pasa, come o bebe demasiado	4.- Trata de evitar o rebudir la situación	5.- Le mueve y hace cosas sin una finalidad concreta	6.- Queda paralizado o sus movimientos son torpes	7.- Tartamudea o tiene otras dificultades de expresión verbal
1.- Ante un crimen en el que se juega mucho, o al voy a ser entrevistado para un trabajo importante	.18	.11	.17	.18	.02	.02	.92
2.- Cuando voy a llegar tarde a una cita		.02			.003		
3.- Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer	.001	.008	.005		.001	.02	.04
4.- Cuando pienso en mi aspecto físico o en dar una buena imagen	.02			.47		.62	
5.- Ante ciertos animales inofensivos (conurellas, ratones, perros, etc.)			.56	.19	.03	.01	
6.- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	.36	.08	.24	.93	.03	.07	.16
7.- En mi trabajo o cuando estudio	.08	.14	.03	.29	.11	.01	.48
8.- Cuando espero a alguien en un lugar concurrido		.21	.007	.05	.42	.10	
9.- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rodeándome, o si estoy en una situación sexual íntima	.48	.55	.02	.70	.32	.12	.41
10.- Cuando alguien se molesta o cuando discute		.07	.005	.35	.29	.005	.17
11.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente	.06	.04	.01		.23	.10	.44
12.- Si tengo que hablar en público		.54	.003	.56	.35	.12	.46
13.- Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, humillado, solo o rechazado	.10	.002	.008		.009		
14.- Cuando tengo que viajar en avión o en barco		.006	.13	.03	.02	.002	
15.- Después de haber cometido algún error	.05	.11	.03		.20	.08	.80
16.- Cuando tengo que ir de compras, comer en un restaurante, etc.		.12		.15	.74	.92	
17.- Ante la consulta del dentista, las inspecciones, las heridas o la sangre	.75	.09	.83	.17	.03	.08	.02
18.- Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo (18)		.06	.08	.009	.38	.17	.52
19.- Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros	.95	.0008	.03	.81	.11		
20.- En medio de multitudes o en espacios cerrados	.03	.03	.03	.16	.03	.07	
21.- Cuando estoy aburrido	.42	.76	.84		.20		
22.- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer a gente nueva	.05	.09	.05	.01	.35	.06	.03
23.- Si soy presentado a una persona importante o que represente autoridad	.00	.18	.14	.49	.27	.31	.37
24.- En lugares altos, o ante otras profusiones		.13		.18		.007	
25.- Al observar escenas violentas	.46	.71	.03		.04	.53	.32
26.- Por nada en concreto	.38	.17	.07		.19	.06	.06
27.- A la hora de dormir	.18	.78	.93	.16	.04		
28.- Describe una situación en la que ve manifestaciones frecuentemente algunas de estas respuestas o conductas							

### 8.3 VERSION SEGUNDA Y DEFINITIVA DEL I.S.R.A.

Con el fin de seleccionar los items más potentes y con mayor capacidad de discriminación de cada uno de los cuestionarios (cognitivo, fisiológico y motor), se exigió que el item seleccionado cumpliera como mínimo, alguno de los requisitos siguientes:

- A) Probabilidad de  $\chi^2 \leq .05$   
 y  
 Coeficiente de contingencia  $\geq .29$
- B) Probabilidad de  $t \leq .05$

En las tablas XIV, XV y XVI pueden verse los criterios que cumple cada item. Se indica con A cuando cumple los dos primeros, B cuando cumple el segundo, AB cuando cumple ambos y en blanco cuando no cumple ninguno.

Posteriormente se procedió a la eliminación de las respuestas que generaban items que no cumplieran ninguno de los criterios o lo hacían en pocas ocasiones. Se actuó de igual forma con las situaciones que generaban pocos items que se ajustasen a los criterios a través de los tres cuestionarios, o que lo hiciesen de forma muy marcada en alguno de ellos. De esta forma se eliminaron las respuestas 2 y 5 del cuestionario fisiológico y las situaciones 4, 5, 16, 21 y 23 en los tres cuestionarios. La eliminación de situaciones y respuestas puede verse en las tablas XIV, XV y XVI.



TABLA XIV

104

Items del cuestionario  
cognitivo que cumplen  
los distintos criterios.

	1.- Me preocupa fácilmente	2.- Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tal vez como "inferior a los demás", "torpe", etc.	3.- Estoy inseguro de mí mismo	4.- Hoy demasiadas cosas me preocupan sin llegar a preocuparme	5.- Siento miedo	6.- Me cuesta concentrarme	7.- Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos
1.- Ante un examen en el que no juego mi vida, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante	A					AB	
2.- Cuando voy a llegar tarde a una cita	B						
3.- Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer				AB		AB	
4.- Cuando pienso en mi aspecto físico o en dar una buena imagen			A				
5.- Ante ciertos animales inofensivos (cucarachas, ratones, perros, etc.)							
6.- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	AD					B	
7.- En mi trabajo o cuando estudio			B	D			
8.- Cuando espero a alguien en un lugar concurrido	B	B		AB			A
9.- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima				A			
10.- Cuando alguien me coquetea o cuando discuto		B	B				B
11.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente						AB	A
12.- Si tengo que hablar en público	AB			B		B	B
13.- Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado						AB	
14.- Cuando tengo que viajar en avión o en barco			B			B AB	
15.- Después de haber cometido algún error				B		B AB	B
16.- Cuando tengo que ir de compras, comer en un restaurante, etc.						AB	B
17.- Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre	A						
Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo (18)						A	
19.- Cuando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros						B	
20.- En medio de multitudes o en espacios cerrados	B	B				AB AB	B
21.- Cuando estoy aburrido		AB					
22.- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer a gente nueva			A			A	
23.- Si soy presentado a una persona importante o que represente autoridad				A			
24.- En lugares altos, o ante aguas profundas	AB	AB	AB			AB	AB
25.- Al observar escenas violentas	B	B				A	
26.- Por nada en concreto	AB	AB	B	AB	B		
27.- A la hora de dormir	AB	B					B
28.- Describe una situación en la que vd. manifestase frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas							

S. ANULADA

S. ANULADA

S. ANULADA

S. ANULADA

TABLA XV

405

Items del cuestionario  
fisiológico que cumplen  
los distintos criterios.

	1.- Siento molestias en el estómago	2.- Me pongo colorado	3.- Me sudan las manos u otras partes de mi cuerpo hasta en días fríos	4.- Me tiemblan las manos o las piernas	5.- Suelo tener diarrea	6.- Me duele la cabeza	7.- El cuerpo está en tensión	8.- Tengo ruborizaciones, el corazón me late muy deprisa	9.- Me falta el aire y la respiración es aritmia	10.- Siento náuseas o mareos	11.- Se me saca la boca y tengo dificultad para tragar	12.- Tengo escalofríos y frío aunque no haya mucho frío
1.- Ante un examen en el que no puedo ni chupar, o al voy a ser entrevistado para un trabajo importante	B	B	B	AB		AB	AB	B	AB	AB	AB	AB
2.- Cuando voy a llegar tarde a una cita	AB	A	AB	AB		AB	B	AB	AB		AB	
3.- Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer	AB		AB	AB		AB		AB	AB	AB	AB	
4.- Cuando pienso en mi aspecto físico o en dar una buena imagen	B		B									S. ANULADA
5.- Ante ciertos animales inofensivos (cucarachas, ratones, perros, etc.)									B			B
6.- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	B		B			AB					B	B
7.- En mi trabajo o cuando estudio	AB		B			AB	B	AB			AB	B
8.- Cuando copare a alguien en un lugar concurrido	AB	B		B		AB	B	AB			AB	B
9.- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima				AB		B	B	AB	AB	AB	AB	A
10.- Cuando alguien me solista o cuando discuto	AB	AB		AB		AB	B	AB	AB	AB	AB	
11.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervivencia, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente		B	B	AB					AB	AB	AB	B
12.- Si tengo que hablar en público	AB			AB		AB		AB	AB	AB	AB	AD
13.- Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado			B			B	AB	AB	AB			AB
14.- Cuando tengo que viajar en avión o en barco			AB	AB		AB		AB	AB	AB	AB	B
15.- Después de haber cometido algún error	B		AB	AB		AB		B	AB	B		AB
16.- Cuando tengo que ir de compras, comer en un restaurante, etc.				B		B	B	AB				S. ANULADA
17.- Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre				B		AB			AB	B	B	AB
18.- Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo	B		B	AB		AB		B	AB		AB	B
19.- Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros			B	AB	AB	AB	AB		AB		AB	
20.- En medio de multitudes o en espacios cerrados	AB		AB	AB	B	AB	B	B	AB	A		
21.- Cuando estoy aburrido	B					B	B	B				S. ANULADA
22.- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer a gente nueva	AB		B	AB		AB			AB		AB	
23.- Si soy presentado a una persona importante o que represente autoridad				B					AB	AB	AB	
24.- En lugares altos, o ante aguas profundas			B	AB			B	AB	AB	AB	AD	AB
25.- Al observar escenas violentas	AB	B	B	B				AB	AB	AB	B	
26.- Por nada en concreto	AB		B	AB		AB	B	AB	AB	AB	AD	B
27.- A la hora de dormir						B	B	B				
28.- Describe una situación en la que tú manifieste frecuentemente algunas de estas respuestas o conductas.		R. A N U			R. A N U							

TABLA XVI

Items del cuestionario  
motor que cumplen los dis-  
tintos criterios.

	1.- Libre con facilidad	2.- Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (fruncir, tocar, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.)	3.- Poner, como o hebo desahogado	4.- Trato de evitar o rebudir la situación	5.- Me muevo y bajo cosas sin una finalidad concreta	6.- Cuando paralizado o mis movimientos son torpes	7.- Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal
1.- Ante un examen en el que no juego mi vida, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante		A			AB	B	
2.- Cuando voy a llegar tarde a una cita		B			AB		
3.- Cuando pienso en las cosas que tengo que hacer	AD	AB	AB		AB	AB	B
4.- Cuando pienso en el aspecto físico o en dar una buena imagen	B						
5.- Ante ciertos animales inofensivos (cucarachas, ratones, perros, etc.)					B	B	
6.- A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil			A		AB		A
7.- En mi trabajo o cuando estudio	B		D			B	
8.- Cuando espero a alguien en un lugar concurrido			AB	D			
9.- Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima			B				
10.- Cuando alguien me molesta o cuando discuto		A	AB			AB	
11.- Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo órdenes, o siempre que pueda ser evaluado negativamente		B	B			A	
12.- Si tengo que hablar en público			AB				
13.- Cuando pienso en experiencias recientes en las que se he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado		AB	AB		B		
14.- Cuando tengo que viajar en avión o en barco		AB		B	B	AB	
15.- Después de haber cometido algún error	B		B				
16.- Cuando tengo que ir de compras, comer en un restaurante, etc.							
17.- Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre					B		B
Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo (18)				B			
19.- Cuando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros		AB	B				
20.- En medio de multitudes o en espacios cerrados	B	AB	B		B	A	
21.- Cuando estoy aburrido							
22.- Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer a gente nueva	B		D	B		B	AB
23.- Si soy presentado a una persona importante o que represente autoridad							
24.- En lugares altos, o ante aguas profundas						AB	
25.- Al observar escenas violentas			B		B		
26.- Por nada en concreto							B
27.- A la hora de dormir					B		
28.- Describe una situación en la que vd. manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas							

S. ANULADA

S. ANULADA

S. ANULADA

S. ANULADA

S. ANULADA

Una vez anuladas <sup>407</sup> las situaciones y respuestas:

El cuestionario cognitivo muestra 57 items que cumplen con alguno de los requisitos exigidos (A o B).

El cuestionario fisiológico presenta 110 items que cumplen los dos criterios y 48 que únicamente cumplen uno.

El cuestionario motor posee 56 items que cumplen alguno de los criterios.

Dado el gran número de items aún resultante (271) y la diferencia entre unos y otros cuestionarios, lo que dificultaría enormemente la valoración final de la prueba, al necesitar ponderar la puntuación de cada cuestionario según su número de items; se llevó a cabo la siguiente simplificación:

1. Al cuestionario cognitivo le fue anulado un item, el S10R3, quedando en 56 items.
2. Del cuestionario fisiológico se mantuvieron los 110 items que cumplían los dos criterios más el S19R3 y S27R6 que solamente cumplían uno, eliminando los restantes. De esta forma el cuestionario fisiológico queda con 112 items.
3. El cuestionario motor no sufrió variaciones, quedando con 56 items.

Esta simplificación nos permite una fácil valoración de la totalidad del I.S.R.A. La puntuación total se obtendrá de la siguiente forma:

$$P.T. = C + F/2 + M$$

A continuación se muestran los tres cuestionarios definitivos que conforman el I.S.R.A.

Apellidos:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Fecha:

**Instrucciones:** Este inventario consta de 23 situaciones y de un cierto número de respuestas que cada persona puede manifestar con mayor o menor frecuencia en dichas situaciones. Su tarea consiste en evaluar de 0 a 4, según la escala adjunta, la frecuencia con que vd. manifiesta cada respuesta en cada situación. Por ej., lea la situación 1 y la respuesta 1, consulte la escala (casi nunca); pocas veces; etc.) y decida qué número poner en la casilla correspondiente (intersección de fila 1 y columna 1).

RESPUESTAS		SITUACIONES	
0 CASI NUNCA	1 POCAS VECES	2 UNAS VECES SI	3 OTRAS VECES NO
4 MUCHAS VECES	5 CASI SIEMPRE		
		1. Me preocupo fácilmente	
		2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tal como "inferior" a los demás, "torpe", etc.	
		3. Me siento inseguro de mí mismo.	
		4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	
		5. Siento miedo.	
		6. Me cuesta concentrarme.	
		7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.	
		NO CONTESTE EN LOS ESPACIOS SOMBREADOS, UTILICE ÚNICAMENTE LOS ESPACIOS EN BLANCO.	
		Sería deseable que tratara de precisar más	
		1. Antes un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.	
		2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.	
		3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.	
		4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.	
		5. En mi trabajo o cuando estudio.	
		6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.	
		7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.	
		8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.	
		9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.	
		10. Si tengo que hablar en público.	
		11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido tímido, tímido, humillado, solo o rechazado.	
		12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.	
		13. Después de haber cometido algún error.	
		14. Antes la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.	
		15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.	
		16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.	
		17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.	
		18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.	
		19. En lugares altos, o ante aguas profundas.	
		20. Al observar escenas violentas.	
		21. Por nada en concreto.	
		22. A la hora de dormir.	
		23. Escriba una situación en la que vd. manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.	

ER

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO.

707

# INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.)

409

15

Apellido: \_\_\_\_\_ Instrucciones: Este inventario consta de 23 situaciones y de un cierto número de respuestas que cada persona puede manifestar con mayor o menor frecuencia en dichas situaciones. Su tarea consiste en evaluar de 0 a 4, según la escala adjunta, la frecuencia con que vd. manifiesta cada respuesta en cada situación. Por ej., lea la situación 1 y la respuesta 1, consulte la escala (casi nunca:0; pocas veces:1; etc.) y decida qué número poner en la casilla correspondiente (intersección de fila 1 y columna 1).

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

SITUACIONES	RESPUESTAS										NO CONTESTE EN LOS ESPACIOS SOMBRREADOS. UTILICE ÚNICAMENTE LOS ESPACIOS EN BLANCO.	Sería deseable que tratara de precisar más	25
	1. Siento molestias en el estómago.	2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.	3. Me tiemblan las manos o las piernas.	4. Me duele la cabeza.	5. Mi cuerpo está en tensión.	6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.	7. Me falta el aire y mi respiración es agitada.	8. Siento náuseas o mareo.	9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.	10. Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.			
Ante un examen en el que me juego mucho, o al voy a ser entrevistado para un trabajo importante.													
Cuando voy a llegar tarde a una cita.													
Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.													
A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.													
En el trabajo o cuando estudio.													
Quando espero a alguien en un lugar concurrido.													
Si una persona del otro sexo está cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.													
Quando alguien me molesta o cuando auto.													
Quando soy observado o mi trabajo supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.													
Si tengo que hablar en público.													
Quando pienso en experiencias vergonzosas en las que me he sentido ridiculizado, tímido, humillado, solo o rechazado.													
Quando tengo que viajar en avión o barco.													
Después de haber cometido algún error.													
Ante la consulta del dentista, inyecciones, las heridas o la sangría.													
Quando voy a una cita con una persona del otro sexo.													
Quando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros.													
En medio de multitudes o en espacios cerrados.													
Quando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.													
En lugares altos, o ante aguas turbulentas.													
Al observar escenas violentas.													
Por nada en concreto.													
A la hora de dormir.													
Escriba una situación en la que usted sienta frecuentemente alguna de esas respuestas o conductas.													
ER													

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO.

11

**Instrucciones:** Este inventario consta de 23 situaciones y de un cierto número de respuestas que cada persona puede manifestar con mayor o menor frecuencia en dichas situaciones. Su tarea consiste en evaluar de 0 a 4, según la escala adjunta, la frecuencia con que vd. manifiesta cada respuesta en cada situación. Por ej., lea la situación 1 y la respuesta 1, consulte la escala (casi nunca:0; pocas veces:1; etc.) y decida qué número poner en la casilla correspondiente (intersección de fila 1 y columna 1).

NO CONTESTE EN LOS ESPACIOS  
SOMBREADOS, UTILICE UNICAMENTE  
LOS ESPACIOS EN BLANCO.

Seria deseable  
que tratara de  
precisar más

55

**ΣΡ**

101

411

## 9. CARACTERISTICAS DEL I.S.R.A.



Con el fin de conocer a fondo las características del I.S.R.A. y de dotarle de una sólida estructura psicométrica, se han llevado a cabo estudios sobre su capacidad de discriminación entre grupos, fiabilidad, validez, factorización de respuestas y situaciones y finalmente una amplia baremación.

Los resultados de estos análisis se presentan detalladamente en los puntos siguientes.

### 9.1 MUESTRAS EMPLEADAS

Para poder realizar los distintos análisis ya indicados, se utilizaron las siguientes muestras:

- Muestra de sujetos normales "N": Formada por sujetos que no padecían ningún tipo de trastorno psicológico o psicofisiológico. La muestra estaba constituida por 129 sujetos, de edades comprendidas entre 18 y 65 años, de los cuales 53 eran varones y 76 mujeres.
- Muestra de sujetos psicósomáticos "P": Formada por sujetos que padecían algún tipo de trastorno como: hipertensión esencial, úlcera de duodeno, cefaleas frecuentes, asma, taquicardia, etc.; en cuya base no existiese algún trastorno orgánico que lo originase.

Esta muestra se obtuvo en el Hospital Primero de Octubre de Madrid y mediante contactos extrahospitalarios con sujetos aquejados—de alguno de los trastornos mencionados.

La muestra estaba formada por 131 sujetos, de edades comprendidas entre 16 y 64 años, de los cuales 55 eran varones y 76 mujeres.

- Muestra de sujetos con alteraciones psicológicas "C": Formada por sujetos que habían acudido a consulta aquejados de algún trastorno de tipo psicológico caracterizado por un alto grado de ansiedad, tal como: depresión, fóbias, obsesiones, problemas de interacción social, etc.

Esta muestra se obtuvo en el Hospital Psiquiátrico de Albacete y en diversas consultas privadas de Granada y Madrid.

Estaba compuesta por 22 sujetos, entre 20 y 54 años, de los cuales 7 eran varones y 15 mujeres.

- Muestra de estudiantes de Psicología "E": Formada por estudiantes de 2º curso de Psicología de la Facultad de Psicología de la U.C.M.

La muestra estaba formada por 57 sujetos de edades comprendidas entre 19 y 22 años, de los cuales 7 eran varones y 50 mujeres.

- Muestra de la población general "L": Esta muestra se obtuvo sin seguir ningún criterio de selección, desde un punto de vista estricto no podemos considerarla como una muestra al azar, ya que no se llevó a cabo ningún muestreo aleatorio de la población, sin embargo, pensamos que puede acercarse mucho a ello.

Estaba compuesta por 44 sujetos con edades comprendidas entre 18 y 67 años, de los cuales 18 eran varones y 26 mujeres.

La muestra total se presenta en la tabla XVII

TABLA XVII

Composición de las distintas muestras y la muestra total.

	N	P	C	E	L	TOTAL
Mujeres	76	76	15	50	26	243
Varones	53	55	7	7	18	140
Totales	129	131	22	57	44	383

El procedimiento empleado fue el mismo para todas las muestras. Cada sujeto respondió a una batería de pruebas de ansiedad formada por M.A.S., S.T.A.I., e I.S.R.A. La aplicación de las pruebas se hizo en el orden expuesto, siendo el del I.S.R.A., Cognitivo, Fisiológico y Motor.

A las muestras E y L les fue aplicado el I.S.R.A. dos veces, con un intervalo de dos meses entre la primera y la segunda aplicación, con el fin de hallar la fiabilidad test-retest. En algunos casos designaremos a estos grupos como  $E_1$  y  $L_1$  para referirnos a las puntuaciones obtenidas en la primera aplicación y  $E_2$  y  $L_2$  para referirnos a la segunda.

## 9.2 DISCRIMINACION ENTRE GRUPOS

Para conocer la capacidad del I.S.R.A. y de cada uno de los cuestionarios que lo conforman para discriminar entre distintos grupos, se realizaron pruebas de T (diferencias entre medias) entre el grupo N y los grupos P,C,E y L. Cuando las varianzas no mostraban diferencias significativas (Probabilidad de  $F \geq .05$ ) se utilizó la prueba de T (Trim pooled), cuando existían diferencias (Probabilidad de  $F \leq .05$ ) se utilizó la T (Trim sep).

Los resultados de estos análisis pueden verse en las tablas XVIII, XIX, XX y XXI.

Posteriormente se compararon el grupo P y el C. Ver tabla XXII.

Una vez realizados estos análisis, se comprobó la influencia de la variable sexo. Para ello se utilizaron los varones y mujeres de los grupos N y P. Ver tabla XXIII.

El I.S.R.A. total, así como cada una de sus partes (C,F y M) muestra diferencias altamente significativas ( $p \leq .0000$ ) entre los grupos N y P; puntuando marcadamente más alto el grupo Psicossomático que el Normal.

Lo mismo ocurre al comparar el grupo N con el C, encontrándose diferencias altamente significativas ( $p \leq .0000$ ) entre ellos en el I.S.R.A. total y en cada una de sus partes. El grupo Clínico puntuaba mucho más alto que el Normal.

Al comparar el grupo N con el E, encontramos que los Estudiantes de Psicología puntúan significativamente más alto que el grupo Normal ( $p$ . oscila entre .01 y .0000, dependiendo del cuestionario). Este resultado no debe parecernos extraño ya que se repite año tras año al comparar estudiantes de nuestra Facultad con el resto de la población; como ejemplo, en este mismo estudio el M.A.S. y el S.T.A.I. mostraron diferencias significativas entre ambos grupos con una probabilidad de error inferior a .03 y .0002 respectivamente.

Al comparar los grupos N y L, solamente se encuentran diferencias significativas en el cuestionario Fisiológico ( $p \leq .02$ ), siendo superior la media del grupo L a la del N. Esta diferencia puede ser debida a la presencia en este grupo de alguno sujetos que padecían trastornos psicosomáticos.

Comparando el grupo P con el C, se observa que la media del grupo Clínico supera claramente a la del grupo Psicosomático en todos los cuestionarios ( $p$ . oscila entre .01 y .001, dependiendo del cuestionario).

Como vemos, el I.S.R.A. total y cada una de sus partes discriminan nítidamente entre el grupo Normal y los grupos Psicosomático, Estudiantes y Clínico. Estas diferencias se encuentran también entre el grupo Psicosomático y Clínico. Los grupos Normal y L. no difieren entre sí, excepto en el caso del cuestionario Fisiológico.

En cuanto a las diferencias entre sexos, encontramos que las mujeres puntúan significativamente más alto que los varones en todos los cuestionarios; dándose la diferencia más marcada en el cuestionario cognitivo, y la menor (rozando el límite de la significatividad) en el cuestionario motor.

Este resultado, puntuaciones más altas en las mujeres que en los varones, es frecuente encontrarlo en la evaluación de ansiedad mediante autoinforme. En nuestro estudio tanto el M.A.S. como el S.T.A.I. encontraron diferencias significativas en este sentido ( $p \leq .009$  para el M.A.S. y  $p \leq .048$  para el S.T.A.I.)

Concluyendo, el I.S.R.A. tomado en su totalidad, como cada una de sus partes (C,F y M), se ha mostrado como un instrumento dotado de una alta capacidad de discriminación entre grupos con diferentes grados de ansiedad.

---

TABLA XVIII

419

Diferencias de medias entre los grupos N y P en los cuestionarios C.,  
F., M., y total.-

## DIFFERENCES ON SINGLE VARIABLES

*****				*****		
* CCGN	* VARIABLE NUMBER	8		GROUP	5 NCFM	6 FS
*****				*****		
	STATISTICS	P-VALUE	DF	MEAN		
T (SEPARATE)	-8.49 0.C	258.C		71.7825		105.5874
T (POOLED)	-8.49 0.0000	258		STD DEV	31.7364	32.4390
T (TRIM SEP.)	-8.43 0.0	254.C		S.E.M.	2.7542	2.8342
T (TRIM POOLED)	-8.43 0.0000	254		SAMPLE SIZE	129	131
F (FOR VARIANCES)				MAXIMUM	154.0000	207.0000
LEvene	0.02 0.8893	1, 258		MINIMUM	11.0000	41.0000
				MAX(2ND)	147.0000	186.0000
				MIN(2ND)	14.0000	45.0000
				MX.ST.SC.	2.5506	3.1263
				MN.ST.SC.	-1.9152	-1.9910

*****				*****		
* FISICL	* VARIABLE NUMBER	9		GROUP	5 NCFM	6 FS
*****				*****		
	STATISTICS	P-VALUE	DF	MEAN		
T (SEPARATE)	-9.81 0.C	227.C		33.3800		57.3201
T (POOLED)	-9.79 0.0000	258		STD DEV	21.9256	32.8648
T (TRIM SEP.)	-9.72 0.C	225.1		S.E.M.	1.9308	2.6714
T (TRIM POOLED)	-9.70 0.0000	254		SAMPLE SIZE	129	131
F (FOR VARIANCES)				MAXIMUM	101.0000	174.0000
LEvene	17.62 0.0000	1, 258		MINIMUM	4.0000	12.0000
				MAX(2ND)	99.5000	154.5000
				MIN(2ND)	4.0000	12.0000
				MX.ST.SC.	3.0844	3.2460
				MN.ST.SC.	-1.3368	-1.6681

*****				*****		
* MCTOR	* VARIABLE NUMBER	10		GROUP	5 NCFM	6 FS
*****				*****		
	STATISTICS	P-VALUE	DF	MEAN		
T (SEPARATE)	-6.08 0.C	252.5		49.8445		72.5491
T (POOLED)	-6.08 0.0000	258		STD DEV	27.6478	32.3817
T (TRIM SEP.)	-6.00 0.C	249.1		S.E.M.	2.4343	2.8292
T (TRIM POOLED)	-5.99 0.0000	254		SAMPLE SIZE	129	131
F (FOR VARIANCES)				MAXIMUM	108.0000	161.0000
LEvene	1.16 0.2816	1, 258		MINIMUM	4.0000	8.0000
				MAX(2ND)	108.0000	161.0000
				MIN(2ND)	6.0000	12.0000
				MX.ST.SC.	2.1024	2.7215
				MN.ST.SC.	-1.6562	-1.9934

*****				*****		
* TOTAL	* VARIABLE NUMBER	11		GROUP	5 NCFM	6 FS
*****				*****		
	STATISTICS	P-VALUE	DF	MEAN		
T (SEPARATE)	-9.89 0.C	253.8		154.9879		245.4570
T (POOLED)	-9.89 0.0000	258		STD DEV	68.2452	78.9280
T (TRIM SEP.)	-9.85 0.C	249.1		S.E.M.	6.0087	6.8960
T (TRIM POOLED)	-9.84 0.0000	254		SAMPLE SIZE	129	131
F (FOR VARIANCES)				MAXIMUM	351.5000	499.0000
LEvene	0.76 0.3848	1, 258		MINIMUM	36.5000	104.0000
				MAX(2ND)	302.5000	489.5000
				MIN(2ND)	41.0000	104.5000
				MX.ST.SC.	2.8755	3.2122
				MN.ST.SC.	-1.7362	-1.7922



ALC

TABLA A1A

Diferencias de medias entre los grupos N y C en los cuestionarios

C.: F.: M. y TOTAL.

DIFFERENCES ON SINGLE VARIABLES

*****						
* CCGN	* VARIABLE NUMBER	8		GRCLP	5 NCFM	7 CL
*****						
STATISTICS		P-VALUE	DF	MEAN		
T (SEPARATE)	-7.96	0.0	30.6	71.7825		124.5555
T (POOLED)	-7.37	0.0000	149	21.7264		28.4755
T (TRIM SEP.)	-7.75	0.0	27.5	S.E.M.	2.7542	6.0710
T (TRIM POOLED)	-7.00	0.0000	145	SAMPLE SIZE	125	22
F (FOR VARIANCES)				MAXIMUM	154.0000	182.0000
LEVENE	0.69	0.4075	1, 145	MINIMUM	11.0000	75.0000
				MAX(2ND)	147.0000	163.0000
				MIN(2ND)	14.0000	82.0000
				MX.ST.SC.	2.5506	2.0017
				MX.ST.SC.	-1.9152	-1.7555

*****						
* FISICL	* VARIABLE NUMBER	9		GRCLP	5 NCFM	7 CL
*****						
STATISTICS		P-VALUE	DF	MEAN		
T (SEPARATE)	-7.09	0.0	24.1	33.3600		86.2045
T (POOLED)	-5.56	0.0000	149	21.5256		33.7630
T (TRIM SEP.)	-6.61	0.0000	21.5	S.E.M.	1.9308	7.1583
T (TRIM POOLED)	-5.10	0.0000	145	SAMPLE SIZE	125	22
F (FOR VARIANCES)				MAXIMUM	101.0000	168.5000
LEVENE	6.80	0.0100	1, 145	MINIMUM	4.0000	46.5000
				MAX(2ND)	99.5000	162.0000
				MIN(2ND)	4.0000	49.5000
				MX.ST.SC.	1.0644	2.4274
				MX.ST.SC.	-1.2388	-1.1760

*****						
* MCTOR	* VARIABLE NUMBER	10		GRCLP	5 NCFM	7 CL
*****						
STATISTICS		P-VALUE	DF	MEAN		
T (SEPARATE)	-5.80	0.0000	25.2	45.8445		97.2181
T (POOLED)	-7.07	0.0000	149	27.6478		36.1754
T (TRIM SEP.)	-5.70	0.0000	22.5	S.E.M.	2.4343	7.1192
T (TRIM POOLED)	-6.74	0.0000	145	SAMPLE SIZE	125	22
F (FOR VARIANCES)				MAXIMUM	108.0000	177.0000
LEVENE	2.28	0.1328	1, 145	MINIMUM	4.0000	29.0000
				MAX(2ND)	108.0000	152.0000
				MIN(2ND)	6.0000	41.0000
				MX.ST.SC.	2.1034	2.1726
				MX.ST.SC.	-1.6582	-1.6628

*****						
* TOTAL	* VARIABLE NUMBER	11		GRCLP	5 NCFM	7 CL
*****						
STATISTICS		P-VALUE	DF	MEAN		
T (SEPARATE)	-8.48	0.0	26.5	154.5875		308.5212
T (POOLED)	-5.50	0.0000	149	68.2453		80.1264
T (TRIM SEP.)	-8.04	0.0	23.4	S.E.M.	6.0067	17.0830
T (TRIM POOLED)	-5.14	0.0000	145	SAMPLE SIZE	125	22
F (FOR VARIANCES)				MAXIMUM	351.5000	508.5000
LEVENE	0.30	0.5874	1, 145	MINIMUM	36.5000	204.0000
				MAX(2ND)	302.5000	483.0000
				MIN(2ND)	41.0000	211.0000
				MX.ST.SC.	2.8755	2.4558
				MX.ST.SC.	-1.7362	-1.3045

Diferencias de medias entre los grupos N E en los cuestionarios C; F; M  
TOTAL

DIFFERENCES ON SINGLE VARIABLES

```
*****
* CCGN * VARIABLE NUMBER 8          GRCLP 1 E1          5 ACRM
*****
STATISTICS      P-VALUE      DF      MEAN      STD DEV      S.E.M.
T (SEPARATE)    2.68 0.0002    143.1    82.9472    23.2417    2.0517
T (POOLED)     2.33 0.0181    184      71.7823    31.7364    2.7542
T (TRIM SEP.)   2.60 0.0102    137.4    126.0000    31.0000    2.6517
T (TRIM POOLED) 2.31 0.0219    180      154.0000    31.0000    2.6517
F (FOR VARIANCES)
LEvene         6.55 0.0039    1, 184    126.0000    31.0000    2.6517
              2.2729    -2.2255    -1.9152
```

```
*****
* FISILL * VARIABLE NUMBER 9          GRCLP 1 E1          5 ACRM
*****
STATISTICS      P-VALUE      DF      MEAN      STD DEV      S.E.M.
T (SEPARATE)    4.86 0.0000    91.6     52.7805    21.4163    2.1529
T (POOLED)     5.22 0.0000    184      21.9296    1.9308    1.5308
T (TRIM SEP.)   4.85 0.0000    90.8     136.5000    10.0000    4.0000
T (TRIM POOLED) 5.13 0.0000    180      99.5000    4.0000    4.0000
F (FOR VARIANCES)
LEvene         1.52 0.2194    1, 184    112.0000    18.0000    3.1692
              3.1692    -1.6195    -1.3388
```

```
*****
* MOTOR * VARIABLE NUMBER 10          GRCLP 1 E1          5 ACRM
*****
STATISTICS      P-VALUE      DF      MEAN      STD DEV      S.E.M.
T (SEPARATE)    3.39 0.0010    110.7    64.3857    26.7159    2.5386
T (POOLED)     3.34 0.0010    184      27.6478    2.4343    1.9129
T (TRIM SEP.)   3.28 0.0014    106.0    129.0000    24.0000    4.0000
T (TRIM POOLED) 3.23 0.0015    180      108.0000    24.0000    4.0000
F (FOR VARIANCES)
LEvene         0.73 0.3925    1, 184    121.0000    24.0000    2.4186
              2.4186    -1.5117    -1.6582
```

```
*****
* TOTAL * VARIABLE NUMBER 11          GRCLP 1 E1          5 ACRM
*****
STATISTICS      P-VALUE      DF      MEAN      STD DEV      S.E.M.
T (SEPARATE)    4.21 0.0001    109.0    200.1129    67.0266    6.6779
T (POOLED)     4.18 0.0000    184      154.9879    68.2453    6.0087
T (TRIM SEP.)   4.22 0.0001    106.6    393.5000    65.0000    36.5000
T (TRIM POOLED) 4.16 0.0001    180      339.5000    65.0000    36.5000
F (FOR VARIANCES)
LEvene         0.62 0.4310    1, 184    339.5000    65.0000    2.8892
              2.8892    -2.0158    -1.7362
```

## TABLA XXI

Diferencias de medias entre los grupos N y L en los cuestionarios C.; P:  
M. y TOTAL

```
*****
* CCGN      * VARIABLE NUMBER 8      GFCUP 3 LI      5 NORM
*****
STATISTICS  P-VALUE  DF      MEAN      75.4317      71.7825
STD DEV     31.2807      31.7364
S.E.M.      4.7157      2.7542
SAMPLE SIZE 44          129
T (SEPARATE) 0.67 0.5076 75.4      MAXIMUM 148.0000 154.0000
T (POOLED) 0.66 0.5095 171      MINIMUM 15.0000 11.0000
T (TRIM SEP.) 0.70 0.4846 71.6      MAX(2ND) 142.0000 147.0000
T (TRIM POOLED) 0.69 0.4886 167      MIN(2ND) 31.0000 14.0000
F (FOR VARIANCES) LEVENE 0.30 0.5818 1, 171      MX.ST.SC. 2.2159 2.5906
MN.ST.SC. -1.5319 -1.9152
```

```
*****
* FISIGL    * VARIABLE NUMBER 9      GFCUP 3 LI      5 NORM
*****
STATISTICS  P-VALUE  DF      MEAN      43.7044      33.3600
STD DEV     21.3456      21.5296
S.E.M.      4.1225      1.9308
SAMPLE SIZE 44          129
T (SEPARATE) 2.27 0.0265 62.9      MAXIMUM 145.5000 101.0000
T (POOLED) 2.53 0.0123 171      MINIMUM 7.0000 4.0000
T (TRIM SEP.) 2.19 0.0323 63.7      MAX(2ND) 104.5000 99.5000
T (TRIM POOLED) 2.33 0.0212 167      MIN(2ND) 7.5000 4.0000
F (FOR VARIANCES) LEVENE 1.23 0.2665 1, 171      MX.ST.SC. 3.7226 3.0844
MN.ST.SC. -1.3422 -1.3388
```

```
*****
* MCTOR     * VARIABLE NUMBER 10     GFCUP 3 LI      5 NORM
*****
STATISTICS  P-VALUE  DF      MEAN      50.7726      49.8445
STD DEV     31.0100      27.6478
S.E.M.      4.6749      2.4342
SAMPLE SIZE 44          129
T (SEPARATE) 0.18 0.8606 67.8      MAXIMUM 191.0000 108.0000
T (POOLED) 0.19 0.8524 171      MINIMUM 18.0000 4.0000
T (TRIM SEP.) -0.13 0.9000 75.6      MAX(2ND) 124.0000 108.0000
T (TRIM POOLED) -0.12 0.9040 167      MIN(2ND) 15.0000 6.0000
F (FOR VARIANCES) LEVENE 1.82 0.1789 1, 171      MX.ST.SC. 4.5220 2.1034
MN.ST.SC. -1.0568 -1.6582
```

```
*****
* TOTAL     * VARIABLE NUMBER 11     GFCUP 3 LI      5 NORM
*****
STATISTICS  P-VALUE  DF      MEAN      169.9090      154.5879
STD DEV     78.3476      68.2453
S.E.M.      11.8113      6.0087
SAMPLE SIZE 44          129
T (SEPARATE) 1.13 0.2642 66.6      MAXIMUM 484.5000 351.5000
T (POOLED) 1.21 0.2298 171      MINIMUM 59.0000 36.5000
T (TRIM SEP.) 0.96 0.3401 70.7      MAX(2ND) 314.5000 302.5000
T (TRIM POOLED) 0.96 0.3407 167      MIN(2ND) 63.0000 41.0000
F (FOR VARIANCES) LEVENE 0.02 0.8973 1, 171      MX.ST.SC. 4.0153 2.8795
MN.ST.SC. -1.4156 -1.7262
```

TABLA XXII

423

Diferencias de medias entre los grupos P y C en los cuestionarios C.; F.;  
M. y TOTAL

## DIFFERENCES ON SINGLE VARIABLES

*****				GRUPO		6 PS	7 CL
* COGN	* VARIABLE NUMBER	8		MEAN	105.5874	124.9999	
*****				STD DEV	32.4390	28.4755	
STATISTICS				P-VALUE	2.6342	6.0710	
DF				SAMPLE SIZE	131	22	
T (SEPARATE)	-2.90	0.0069	30.9	MAXIMUM	207.0000	182.0000	
T (POOLED)	-2.64	0.0092	151	MINIMUM	41.0000	75.0000	
T (TRIM SEP.)	-2.79	0.0094	27.6	MAX(2ND)	166.0000	163.0000	
T (TRIM POOLED)	-2.50	0.0135	147	MIN(2ND)	45.0000	82.0000	
F (FOR VARIANCES)				MX.ST.SC.	3.1263	2.0017	
LEvene	0.77	0.3820	1, 151	MN.ST.SC.	-1.9910	-1.7555	

*****				GRUPO		6 PS	7 CL
* FISICL	* VARIABLE NUMBER	9		MEAN	67.3201	86.2045	
*****				STD DEV	32.6648	33.7630	
STATISTICS				P-VALUE	2.8714	7.1983	
DF				SAMPLE SIZE	131	22	
T (SEPARATE)	-2.44	0.0214	28.1	MAXIMUM	174.0000	168.5000	
T (POOLED)	-2.48	0.0141	151	MINIMUM	12.5000	46.5000	
T (TRIM SEP.)	-2.29	0.0310	24.6	MAX(2ND)	154.5000	162.0000	
T (TRIM POOLED)	-2.39	0.0183	147	MIN(2ND)	13.5000	49.5000	
F (FOR VARIANCES)				MX.ST.SC.	3.2460	2.4374	
LEvene	0.00	0.9941	1, 151	MN.ST.SC.	-1.6681	-1.1760	

*****				GRUPO		6 PS	7 CL
* MOTOR	* VARIABLE NUMBER	10		MEAN	72.5451	97.3181	
*****				STD DEV	32.3817	36.6754	
STATISTICS				P-VALUE	2.8292	7.8192	
DF				SAMPLE SIZE	131	22	
T (SEPARATE)	-2.98	0.0061	26.8	MAXIMUM	161.0000	177.0000	
T (POOLED)	-3.26	0.0014	151	MINIMUM	8.0000	29.0000	
T (TRIM SEP.)	-2.89	0.0080	24.4	MAX(2ND)	161.0000	152.0000	
T (TRIM POOLED)	-3.05	0.0027	147	MIN(2ND)	12.0000	41.0000	
F (FOR VARIANCES)				MX.ST.SC.	2.7315	2.1726	
LEvene	0.48	0.4893	1, 151	MN.ST.SC.	-1.9934	-1.8628	

*****				GRUPO		6 PS	7 CL
* TCTAL	* VARIABLE NUMBER	11		MEAN	245.4570	308.5212	
*****				STD DEV	78.5280	80.1264	
STATISTICS				P-VALUE	6.8960	17.0830	
DF				SAMPLE SIZE	131	22	
T (SEPARATE)	-3.42	0.0019	29.3	MAXIMUM	499.0000	508.5000	
T (POOLED)	-3.46	0.0007	151	MINIMUM	104.0000	204.0000	
T (TRIM SEP.)	-3.22	0.0036	25.0	MAX(2ND)	489.5000	483.0000	
T (TRIM POOLED)	-3.26	0.0014	147	MIN(2ND)	104.5000	211.0000	
F (FOR VARIANCES)				MX.ST.SC.	3.2123	2.4958	
LEvene	0.00	0.9850	1, 151	MN.ST.SC.	-1.7922	-1.3045	

124 TABLA XXIII

Diferencias de medias entre los grupos de VARONES y MUJERES en los cuestionarios C.; F.; M. y TOTAL.

*****				GRUPO 1 VARON 2 MUJER		
* COG	* VARIABLE	NUMBER	7	MEAN	77.0267	97.1836
*****				STD DEV	30.3058	37.8276
STATISTICS				S.E.M.	2.9166	3.0682
P-VALUE				SAMPLE SIZE	108	152
DF				MAXIMUM	162.0000	207.0000
T (SEPARATE)	-4.76	0.0000	254.2	MINIMUM	16.0000	11.0000
T (POOLED)	-4.59	0.0000	258	MAX(2ND)	154.0000	196.0000
T (TRIM SEP.)	-4.71	0.0000	249.7	MIN(2ND)	21.0000	14.0000
T (TRIM POOLED)	-4.54	0.0000	254	MAX.ST.SC.	2.8032	2.9031
F (FOR VARIANCES)				MIN.ST.SC.	-2.0138	-2.2782
LEvene	7.60	0.0062	1, 258			

*****				GRUPO	1 VARON	2 MUJER
* FIS	* VARIABLE	NUMBER	8	MEAN	41.9440	56.5291
*****				STD DEV	27.3996	34.8288
STATISTICS				S.E.M.	2.6365	2.8250
P-VALUE				SAMPLE SIZE	108	152
DF				MAXIMUM	136.5000	174.0000
T (SEPARATE)	-3.77	0.0002	255.3	MINIMUM	4.0000	4.0000
T (POOLED)	-3.63	0.0003	258	MAX(2ND)	114.5000	154.5000
T (TRIM SEP.)	-3.80	0.0002	251.5	MIN(2ND)	5.5000	4.5000
T (TRIM POOLED)	-3.64	0.0003	254	MAX.ST.SC.	3.4510	3.3728
F (FOR VARIANCES)				MIN.ST.SC.	-1.3848	-1.5062
LEVENE	5.22	0.0232	1, 258			

*****				GRUPO	1 VARON	2 MUJER
* PCT	* VARIABLE	NUMBER	9	MEAN	56.7456	64.5061
*****				STD DEV	31.5830	32.2587
STATISTICS				S.E.M.	3.0391	2.6169
P-VALUE				DF		
T (SEPARATE)	-1.93	0.0543	233.5	SAMPLE SIZE	108	152
T (POOLED)	-1.93	0.0551	258	MAXIMUM	149.0000	161.0000
T (TRIM SEP.)	-1.96	0.0515	230.4	MINIMUM	6.0000	4.0000
T (TRIM POOLED)	-1.95	<u>0.0526</u>	254	MAX(2ND)	133.0000	161.0000
F (FOR VARIANCES)				MIN(2ND)	7.0000	7.0000
LEVENE	0.24	0.6211	1, 258	MAX.ST.SC.	2.9209	2.9912
				MIN.ST.SC.	-1.6069	-1.8756

*****				GRUPO	1 VARON	2 MUJER
* TCT	* VARIABLE	NUMBER	10	MEAN	175.7310	218.2198
*****				STD DEV	76.9198	86.8000
STATISTICS				S.E.M.	7.4016	7.2033
P-VALUE				SAMPLE SIZE	108	152
DF				MAXIMUM	409.5000	499.0000
T (SEPARATE)	-4.11	0.0001	248.0	MINIMUM	41.0000	36.5000
T (POOLED)	-4.02	0.0001	258	MAX(2ND)	390.5000	489.5000
T (TRIM SEP.)	-4.08	0.0001	243.5	MIN(2ND)	44.5000	50.5000
T (TRIM POOLED)	-3.98	<u>0.0001</u>	254	MAX.ST.SC.	2.9871	3.1617
F (FOR VARIANCES)				MIN.ST.SC.	-1.7516	-2.0462
LEVENE	1.26	0.2635	1, 258			

### 9.3. CONSISTENCIA INTERNA

Para establecer la consistencia interna del I.S.R.A. se calcularon la correlaciones (Coeficiente de correlación de Pearson) entre las distintas partes y el total, mediante el programa BMPDP3D.

Para ello se utilizaron el grupo N y el P, dado que son los más numerosos; así como el grupo total que incluye a todos los sujetos de la muestra.

Los resultados pueden verse en la tabla XXIV. En ella se observa que las correlaciones tanto entre partes como con el total son altamente significativas en todos los grupos (  $p. \leq .001$  ); siendo las menos elevadas entre partes las del cuestionario cognitivo y el cuestionario motor, y las mayores las obtenidas entre el cuestionario fisiológico y el motor.

Todos los cuestionarios muestran altas correlaciones con el total, oscilando para el cognitivo entre .78 y .86, para el fisiológico entre .84 y .89, y para el motor entre .795 y .85.

De los resultados expuestos se deduce que el I.S.R.A. posee una alta consistencia interna.

TABLA XXIV

426

Correlación entre las distintas partes del I.S.R.A.  
y total en distintos grupos

## NORM

	CCGN 8	FISICL 9	MCICF 10	TOTAL 11
C.	1.0000			
F.	0.5475	1.0000		
M.	0.4865	0.6507	1.0000	
T.	0.6381	0.6395	0.6405	1.0000

## PS

	CCGN 8	FISICL 9	MCICF 10	TOTAL 11
C.	1.0000			
F.	0.5053	1.0000		
M.	0.3867	0.5445	1.0000	
T.	0.7800	0.8474	0.7959	1.0000

## TOTAL

	CCGN 8	FISICL 9	MCICF 10	TOTAL 11
C.	1.0000			
F.	0.6581	1.0000		
M.	0.5591	0.6679	1.0000	
T.	0.6595	0.6904	0.6515	1.0000

#### 9.4 FIABILIDAD

Para hallar la fiabilidad del I.S.R.A. y de cada una de sus partes se utilizó el método test-retest.

Para ello se aplicó la prueba por segunda vez a los grupos E y L, dos meses después de la primera aplicación.

La fiabilidad se estableció mediante el empleo del coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la primera y la segunda aplicación, utilizando el programa BMDP3D.

Los resultados fueron los siguientes:

TABLA XXV

Fiabilidad test-retest en los grupos E, L, y conjunto.

	$\frac{E_1 - E_2}{}$	$\frac{L_1 - L_2}{}$	$\frac{E_1 + L_1 - E_2 + L_2}{}$
Cog.	.68	.80	.74
Fisiol.	.79	.74	.77
Motor	.75	.82	.78
Total	.75	.86	.81

Como puede observarse la fiabilidad del I.S.R.A. arroja valores inusualmente elevados en los tres grupos, sobre todo teniendo en cuenta el método empleado y el intervalo de dos meses entre la primera y la segunda aplicación (lo habitual son cuatro semanas).



Estos resultados nos hacen afirmar que el I.S.R.A. en su totalidad, así como cada una de sus partes, se encuentra entre las pruebas más fiables para la medida de la ansiedad.

Si se desea comparar estos resultados con los obtenidos por otros cuestionarios, véase el apartado 4.2.

### 9.5 ANALISIS FACTORIAL DE RESPUESTAS

Se realizó a partir de las puntuaciones de todos los sujetos que componen la muestra (Grupo Total= N+P+C+E+L).

El método de factorización empleado fue el P.C.A. (componentes Principales) con rotación DQUART (oblicua). Para ello se utilizó el programa BMDP4M. Los resultados pueden verse en la tabla XXVI. En la columna de la izquierda aparece el cuestionario a que pertenece y el número de la respuesta (la 1 sería la 1ª del C. y la 24 la última del M).

Se han obtenido tres factores, con un valor propio superior a 1, que explican el 52.47% de la varianza total. El primero explica el 23.10%, el segundo el 21.18% y el tercero el 8.19% de la varianza total.

Se han definido los factores de la siguiente forma:

#### FACTOR I: Activación Fisiológica.

Caracterizado por las altas saturaciones conseguidas por las respuestas de tipo fisiológico como: náuseas y mareo, dificultades respiratorias, sequedad de boca, escalofrío, etc; todas ellas relacionadas con una alta actividad autonómica.

#### FACTOR II: Cognitivo.

Destacaron en este factor las altas saturaciones conseguidas por las respuestas de tipo cognitivo, tales como, temor a ser evaluado negativamente, dificultades para concentrarse, inseguridad, dificultad para tomar decisiones, etc.

**FACTOR III: Activación motora.**

Definido por respuestas de tipo motor, como, realización de movimientos repetitivos, rascarse, moverse y hacer cosas sin finalidad concreta, fumar o beber en exceso, etc. Todas ellas implican una alta actividad motora no dirigida a una meta concreta y excasamente estructurada. Este factor tiene un valor propio menor que los dos anteriores, y algunas de las respuestas motoras obtienen saturaciones moderadas en los factores I y II.

Si comparamos estos resultados con los obtenidos por la primera versión del I.S.R.A. (ver apartado 7.3) se observa la desaparición de un cuarto factor al que habíamos denominado "Trastornos psicofisiológicos y emotividad". Esto puede deberse, como ya habíamos apuntado, a las características de la primera muestra, en la que aproximadamente el 50% de los sujetos padecían trastornos psicósomáticos.

Los resultados obtenidos por el análisis factorial de respuestas apoyan claramente los presupuestos teóricos de que partimos, mostrando con nitidez la existencia de tres sistemas de respuesta relativamente independientes: cognitivo, fisiológico y motor. (Las correlaciones entre factores pueden verse también en la tabla XXVI).

TABLA XXVI

A31

Análisis factorial de respuestas y correlación entre factores

ANALISIS FACTORIAL DE LAS RESPUESTAS

SCRTED ROTATED FACTOR LOACINGS (PATTERN)

		FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
FR15	22	0.864	0.0	0.0
FR14	21	0.828	0.0	0.0
FR10	23	0.817	0.0	0.0
FR17	24	0.696	0.0	0.0
MR18	25	0.690	0.0	0.0
FR8	15	0.684	0.0	0.0
FR11	18	0.679	0.0	0.0
FR13	20	0.672	0.0	0.0
FR10	17	0.618	0.0	0.0
FR9	16	0.579	0.0	0.0
CR7	14	0.0	0.863	0.0
CR6	13	0.0	0.828	0.0
CR3	10	0.0	0.811	0.0
CR4	11	0.0	0.795	0.0
CR2	9	0.0	0.762	0.0
CR5	12	0.0	0.677	0.0
CR1	8	0.0	0.665	0.0
MR19	26	0.0	0.313	0.658
MR22	29	0.0	0.323	0.685
MR20	27	0.0	0.0	0.653
MR21	28	0.0	0.449	0.0
FR12	19	0.353	0.255	0.0
MR23	30	0.317	0.395	0.257
MR24	31	0.0	0.399	0.399
VF		5.544	5.084	1.965

THE ABOVE FACTOR LOADING MATRIX HAS BEEN REARRANGED SO THAT THE COLUMNS APPEAR IN DECREASING ORDER OF VARIANCE EXPLAINED BY FACTORS. THE ROWS HAVE BEEN REARRANGED SO THAT FOR EACH SUCCESSIVE FACTOR, LOADINGS GREATER THAN 0.5000 APPEAR FIRST. LOADINGS LESS THAN 0.2500 HAVE BEEN REPLACED BY ZERO.

FACTOR CORRELATIONS FOR ROTATED FACTORS

		FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
FACTOR	1	1.000		
FACTOR	2	0.602	1.000	
FACTOR	3	0.403	0.281	1.000

### 9.6 ANÁLISIS FACTORIAL DE SITUACIONES

Al igual que el análisis factorial de respuestas, el de situaciones, se llevó a cabo a partir de las puntuaciones del Grupo Total.

El método de factorización empleado fue el P.C.A. (Análisis de Componentes Principales) con rotación DQUART (oblicua) utilizando para ello el programa BMDP4M.

Los resultados se muestran en la Tabla XXVII. En la columna de la izquierda aparece el número de la situación.

Se han obtenido cuatro factores con valores propios superiores a 1, que explican el 51.62% de la varianza total. El primero explica el 25.07%, el segundo el 9.97%, el tercero el 9.03% y el cuarto el 7.55% de la varianza total.

Los factores se han definido de la siguiente manera:

FACTOR I: Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades.

En este factor obtienen saturaciones altas situaciones como, hablar en público, pasar un examen o ser entrevistado para un trabajo importante, tomar una decisión o resolver un problema, ser observado en el trabajo, recibir críticas o posibilidad de ser evaluado negativamente, etc.

FACTOR II: Situaciones sexuales y de interacción social.

Destacan en este factor las saturaciones conseguidas por situaciones tales como, estar muy cerca de una persona del otro sexo o en una situación sexual íntima, ir a una cita con una persona del otro sexo, asistir a una reunión social o conocer a

gente nueva, esperar a alguien en un lugar concurrido, etc. Todas ellas, implican una interacción sexual o social.

FACTOR III: Situaciones fóbicas.

Este factor se caracteriza por las saturaciones altas obtenidas por aquellas situaciones que generan un temor específico de carácter fóbico, como, viajar en avión o barco, lugares altos o aguas profundas, observar escenas violentas, inyecciones y dentistas, multitudes y espacios cerrados, etc.

FACTOR IV: Situaciones habituales o de la vida cotidiana.

En este factor obtienen saturaciones altas las situaciones tales como, a la hora de dormir, por nada en concreto, en el trabajo o estudio, etc. Todas ellas son situaciones de alta frecuencia en la vida cotidiana.

Concluyendo, el análisis factorial refleja la existencia de cuatro tipos de situaciones generadoras de ansiedad, con una cierta independencia entre ellas. (Las correlaciones entre factores pueden verse también en la tabla XXVII).

TABLA XXVII

Análisis factorial de situaciones y correlación entre factores

ANALISIS FACTORIAL DE LAS SITUACIONES

SORTED ROTATED FACTOR LOADINGS (PATTERN)

		FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
S10	17	0.802	0.0	0.0	0.0
S1	8	0.769	0.0	0.0	0.0
S4	11	0.758	0.0	0.0	0.0
S9	16	0.708	0.266	0.0	0.0
S13	20	0.706	0.0	0.0	0.0
S11	18	0.697	0.0	0.0	0.0
S20	27	0.632	0.0	0.418	0.0
S3	10	0.552	0.0	0.0	0.363
S8	15	0.547	0.0	0.0	0.0
S7	14	0.0	0.873	0.0	0.0
S15	22	0.0	0.812	0.0	0.0
S12	19	0.0	0.0	0.755	0.0
S19	26	0.0	0.0	0.760	0.0
S22	29	0.0	0.0	0.0	0.753
S6	13	0.369	0.321	0.0	0.287
S16	23	0.465	0.0	0.234	0.0
S17	24	0.493	0.0	0.323	0.0
S18	25	0.448	0.483	0.0	0.0
S5	12	0.398	0.0	0.0	0.462
S2	9	0.0	0.0	0.283	0.311
S21	28	0.304	0.0	0.0	0.408
S14	21	0.0	0.406	0.412	-0.207
VF		5.517	2.194	1.968	1.661

THE ABOVE FACTOR LOADING MATRIX HAS BEEN REARRANGED SO THAT THE COLUMNS APPEAR IN DECREASING ORDER OF VARIANCE EXPLAINED BY FACTORS. THE ROWS HAVE BEEN REARRANGED SO THAT FOR EACH SUCCESSIVE FACTOR, LOADINGS GREATER THAN 0.5000 APPEAR FIRST. LOADINGS LESS THAN 0.2500 HAVE BEEN REPLACED BY ZERO.

FACTOR CORRELATIONS FOR ROTATED FACTORS

		FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
FACTOR	1	1.000			
FACTOR	2	0.507	1.000		
FACTOR	3	0.403	0.266	1.000	
FACTOR	4	0.411	0.319	0.237	1.000

### 9.7. VALIDEZ

A parte de la indudable validez de contenido del I.S.R.A y de la alta validez empírica mostrada por su capacidad de discriminación entre grupos contrastados, (ver apartado 9. 2.), se ha estudiado la validez estructural.

Para ello se han seguido dos vías:

1. Análisis factorial
2. Correlaciones con otros test.

Respecto a los análisis factoriales, no nos extenderemos más sobre ello, ya que han sido comentados con detalle en los puntos 9.5 y 9.6; solamente añadiremos que los resultados obtenidos constituyen un sólido apoyo a la validez estructural del I.S.R.A.

En cuanto a las correlaciones con otros test, se han empleado el M.A.S. y el S.T.A.I., debido a que son dos pruebas de uso extendido en nuestro país y de reconocida validez.

Para calcular las correlaciones entre el I.S.R.A. total y cada una de sus partes (C., F., y M.) con el M.A.S. y el S.T.A.I., se han empleado los grupos Normal y Psicosomático, ya que eran los que contaban con un mayor número de sujetos, y el grupo total (formado por todos los grupos que conforman la muestra). Los resultados se exponen en la tabla XXVIII.

Todas las correlaciones obtenidas son significativas con un nivel de confianza superior al 1 por mil.

Es de resaltar que generalmente el I.S.R.A. total obtiene las correlaciones más altas con los otros dos test (entre .53 y .62 con el M.A.S., y entre .56 y .60 con el S.T.A.I., dependiendo del grupo). Estas correlaciones son menores a las obtenidas entre el



M.A.S. y el S.T.A.I., hecho éste que no debe sorprendernos si pensamos que las dos últimas son pruebas que evalúan rasgo de ansiedad, mientras que el I.S.R.A. es una prueba inteactiva.

El cuestionario cognitivo correlaciona de forma más alta con el S.T.A.I. en los grupos N y P, siendo su correlación en el grupo total similar a la que obtiene con el M.A.S.

El cuestionario fisiológico obtiene correlaciones más elevadas con el M.A.S., tal como era de esperar, ya que el S.T.A.I. presenta una notable carencia de ítems de contenido fisiológico.

Por último, el cuestionario motor obtiene en los tres grupos correlaciones más altas con el S.T.A.I. que con el M.A.S.

Si añadimos estos resultados a los obtenidos mediante análisis factoriales, podemos afirmar con certeza que el I.S.R.A. posee una alta validez estructural.

En conclusión, el I.S.R.A. en su totalidad, como cada una de las partes que los componen, ha mostrado ser una prueba con un alto grado de validez, tanto de contenido, como empírica y estructural.

Correlación entre I.S.R.A., M.A.S. y STAI en los grupos  
Normal, Psicossomático y Total.

NORM.	MAS	STAI
MAS	1.0000	
STAI	0.7373	1.0000
COGN	0.5407	0.6133
FISIOI	0.4728	0.4431
MOTOR	0.4149	0.4416
TOTAL	0.5715	0.6065

PS	MAS	STAI
MAS	1.0000	
STAI	0.7089	1.0000
COGN	0.4475	0.4808
FISIOI	0.4649	0.3896
MOTOR	0.3837	0.4912
TOTAL	0.5370	0.5647

G.TOTAL	MAS	STAI
MAS	1.0000	
STAI	0.7829	1.0000
COGN	0.5881	0.5839
FISIOI	0.5740	0.4923
MOTOR	0.4666	0.4943
TOTAL	0.6272	0.6055

### 9.8 BAREMACION Y TIPIFICACION

Con el fin de facilitar la tarea del clínico o investigador a la hora de comparar las puntuaciones de un sujeto con las de un grupo de referencia, se procedió a la tipificación de la prueba.

Para ello se han empleado tres muestras:

1. MUESTRA NORMAL, formada por los grupos Normal, Estudiantes y L. (N= 230)
2. MUESTRA CLINICA, formada por los grupos Psicossomático y Clínico (N= 153).
3. MUESTRA TOTAL, formada por todos los grupos (N= 383).

Nos habría gustado que en la muestra total estuviesen representados los sujetos con alteraciones psicossomáticas y psicológicas, en porcentajes similares a los existentes en la población general de nuestro país, pero después de sucesivas visitas al Ministerio de Sanidad, INSALUD, INSERSO e Instituto Nacional de Estadística, desistimos del intento; ya que no encontramos estudios epidemiológicos, ni siquiera a nivel local.

En todo caso, los sujetos psicossomáticos suponen el 34% de nuestra muestra total; cifra que, aunque elevada, no pensamos que sea excesiva dada la alta incidencia de algunos de estos trastornos, como la hipertensión esencial (20% en la población española, ver Miguel Tobal y Fernández Abascal, 1984). Los sujetos con alguna alteración psicológica suponen algo más del 5% de la muestra total, porcentaje que no sabemos si es excesivo o escaso, debido a la falta de datos anteriormente señalada.

En la práctica se procedió de la siguiente manera

1. Distribución de frecuencias.
2. Determinación del centil correspondiente a cada puntuación directa.
3. Fijación de la Z correspondiente a cada puntuación directa.
4. Transformación de estas puntuaciones en típicas derivadas.

La escala típica tiene un rango de 0 a 50, con media en 25, y una desviación típica igual a 7.

Dado que la variable sexo es generalmente relevante en la evaluación de ansiedad, se han elaborado tablas de puntuaciones centiles y típicas para cada sexo en cada grupo.

En el Anexo pueden verse las tablas de puntuaciones centiles y típicas para las muestras NORMAL, CLINICA y TOTAL, tanto conjuntas como específicas para varones y mujeres.

#### 9.9 CONCLUSIONES: VENTAJAS Y PROBLEMAS.

En conclusión, el I.S.R.A. en su totalidad, así como cada una de sus partes, se ha mostrado como un inventario de gran capacidad de discriminación, alta fiabilidad y validez, y robusta estructura factorial, que apoya firmemente los presupuestos teóricos de que parte.

En cuanto a la utilidad del I.S.R.A. pensamos que:

1. En la clínica será un instrumento fino de evaluación de respuestas cognitivas y un primer detector de respuestas fisiológicas y motoras, dentro de situaciones dadas. Con dos características: ahorro de tiempo y exploración sistemática.

2. En la investigación permitirá la realización y réplica de trabajos, tanto desde un enfoque conductual como interactivo, así como la elaboración y puesta a prueba de nuevas hipótesis.

Frente a otros inventarios S-R, el I.S.R.A. presenta varias ventajas:

1. Permite una taxonomía ambiental más amplia, al contar con un mayor número de situaciones.

2. Da oportunidad al sujeto de añadir una situación especialmente conflictiva para él y no incluida en las anteriores.

3. Las situaciones son más naturales, al estar relacionadas con el entorno habitual del sujeto. Sólo son potencialmente ansiógenas, evitando situaciones donde la respuesta de ansiedad fuese habitual, como por ejemplo "está escalando un elevado saliente en lo alto de una montaña" de Endler y Cols. (1962); o "acabas de ser pillado en una ratería" y "estás solo en

casa y oyes a alguien que intenta entrar" de Magnusson y Ekehamar, (1975).

4. Incluye un buen muestreo de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras.

5. Posibilita la obtención de los perfiles cognitivo, fisiológico y motor del sujeto, así como un perfil global; y si se desea, una puntuación de rasgo obtenida a partir de las respuestas a todas las situaciones.

6. Permite la obtención de perfiles de respuesta cognitivo, fisiológico y motor para cada situación. Tal como propone Kazdin (1979) al hablar de la "especificidad situacional".

No obstante, el I.S.R.A. presenta algunos problemas al ser aplicado a determinadas muestras, tales como, pacientes psiquiátricos con alteraciones psicóticas, o sujetos con muy bajo nivel cultural.

Esto se debe a que el I.S.R.A. requiere de un cierto nivel o grado de discriminación, lo que hace que resulte especialmente difícil para este tipo de personas.

En la actualidad, estamos trabajando en una versión abreviada y mucho más simple que permita cubrir este campo.

## **10. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA TEORIA TRIDIMENSIONAL**

Cuando se llevó a cabo el análisis factorial de respuestas por el método de Componentes Principales con rotación oblicua (ver tabla XXVI, apartado 9.5) se encontraron tres factores diferentes: Activación fisiológica, cognitivo y activación motora.

Ahora bien, este último mostraba un valor propio muy inferior a los otros dos (1.965 frente a 5.544 del fisiológico y 5.084 del cognitivo), además, algunas de las respuestas del sistema motor obtenían saturaciones moderadamente altas en los otros factores.

Esto nos hizo pensar, que si bien se demostraba la relativa independencia de los tres factores, el factor motor poseía una menor entidad y, de alguna manera, mostraba una cierta dependencia del fisiológico y el cognitivo.

Para esclarecer este punto, realizamos un nuevo análisis factorial dirigido a estudiar las comunidades. El método elegido fue el de Factores Principales con rotación oblicua.

El Análisis de Factores Principales consiste en la aplicación del método de Componentes Principales en una matriz de correlación reducida, es decir, a la matriz de correlación cuya diagonal principal contiene las comunidades en vez de unos. Supone por tanto haber estimado previamente las comunidades.

Con este nuevo método se obtuvieron únicamente dos factores (ver tabla XXIX) que explican el 43,26% de la varianza total. El primero de ellos explica el 24,07% y el segundo el 19,19%.

El Factor I se caracteriza por saturaciones altas de todas las respuestas fisiológicas (entre .46 y .81) y moderadas de las siete motoras (entre .27 y .51).



El Factor II muestra un predominio cognitivo con saturaciones elevadas de las siete respuestas (entre .64 y .83) y un menor peso de cuatro respuestas de tipo motor (entre .26 y .39).

Los resultados confirman en gran medida la hipótesis, anteriormente expuesta, de la menor entidad del factor motor, y la asociación y/o dependencia de éste respecto del fisiológico y cognitivo.

Aunque es difícil, y no siempre se justifica, inferir la forma en que se desarrolla un proceso en la realidad a partir de los resultados de un método psicométrico, como el análisis factorial; creemos que los datos aportados por éste pueden reflejar algunos aspectos del mismo.

Según esto, los sistemas de respuesta fisiológico y cognitivo actuarán como mediadores del sistema motor; dicho de otra manera, este último estará modulado por la activación de los dos anteriores y su puesta en funcionamiento dependerá de ellos.

Ante un estímulo ansiógeno, el sujeto responderá de forma inmediata con un aumento de la activación fisiológica y la aparición de determinados componentes cognitivos. Dicha activación, fisiológica y cognitiva, será la que dé lugar a la aparición de las respuestas de tipo motor características de la ansiedad.

4 4 4

Gráficamente el proceso sería el siguiente:

	-activación fisiológica	
E. Ansiógeno	→   -aparición de R.R.	→ R. motora
	cognitivas de A.	

Para que se produzcan la activación fisiológica y la aparición de respuestas cognitivas de ansiedad es necesario que el sujeto haya valorado el estímulo o situación como aversivo o potencialmente peligroso.

Concluyendo, si bien nuestro estudio supone un firme apoyo a la existencia de tres sistemas de respuesta, diferentes y relativamente independientes, son aún muchas las incógnitas que se plantean sobre su forma de actuación, sus interrelaciones y su desincronía:

Para esclarecer estas cuestiones, es necesario que se lleven a cabo investigaciones en las que se evalúe la actuación de los tres sistemas de respuesta ante situaciones diversas, siendo esta la finalidad perseguida con la elaboración y desarrollo de un instrumento como el I.S.R.A.

TABLA XXIX

465

Análisis factorial de respuestas por el método P.F.A.  
con rotación oblicua.

SORTED ROTATED FACTOR LOADINGS (PATTERN)

		FACTOR 1	FACTOR 2
FR14	21	0.811	0.0
FR16	23	0.759	0.0
FR17	24	0.742	0.0
FR10	17	0.722	0.0
FR13	20	0.709	0.0
FR15	22	0.682	0.0
FR8	15	0.611	0.0
FR9	16	0.597	0.0
MR18	25	0.517	0.0
CR7	14	0.0	0.836
CP3	10	0.0	0.797
CP6	13	0.0	0.778
CR2	9	0.0	0.760
CR4	11	0.0	0.751
CR5	12	0.0	0.667
CR1	8	0.0	0.629
FR11	18	0.494	0.0
FR12	19	0.466	0.0
MR19	26	0.420	0.0
MR20	27	0.424	0.0
MR21	28	0.274	0.390
MR22	29	0.485	0.261
MR23	30	0.469	0.358
MR24	31	0.349	0.330
VP		5.707	4.613

THE ABOVE FACTOR LOADING MATRIX HAS BEEN REARRANGED SO THAT THE COLUMNS APPEAR IN DECREASING ORDER OF VARIANCE EXPLAINED BY FACTORS. THE ROWS HAVE BEEN REARRANGED SO THAT FOR EACH SUCCESSIVE FACTOR, LOADINGS GREATER THAN 0.5000 APPEAR FIRST. LOADINGS LESS THAN 0.2500 HAVE BEEN REPLACED BY ZERO.

112

## BIBLIOGRAFIA



**BIBLIOGRAFIA**

ADLER, A. (1959): La Psicología individual. Ed. Troquel, Buenos Aires.

ADORNO, T.W., FRENKEL-BRUNSWIR, E, LEVINSON, D. y SANFORD, N. (1950): The authoritarian personaliy. Harper & Brothers, New York.

ALEXANDER, S y HUSEK, T.H. (1962): The anxiety differential: initial steps in the development of a measure of situational anxiety. Educational and Psychological Meassurement, 22, 325-348.

ANDRASIK, F., TURNER, S.M., y OLLENDICK, T.H. (1980): Self-report and physiologic responding during in vivo flooding. Behaviour Research an Therapy, 18, 593-595.

DE ANSORENA, A; COBO, J.; ROMERO, I. (1983): El constructo ansiedad en Psicología, Estudios de Psicología, 16, 31-41.

ANTMAN, E.M.(1973): Flooding in vivo for a case of vermiphobia. Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry. 4 275-277.

ARKOWITZ, H.; LICHTENSTEIN E; Mc. GOVERN, K. & HINET, P (1975): The behavioral assessment of social compentence in males. Behavior Therapy, 6, 3-13.

ASENDORF, J.B, SHERER, K.R. (1983):The Discrepant Repressor: Differentiation Between Low Anxiety, Hig Anxiety, and Represión of Anxiety by Autonomic -Facial- Verbal Patterns of Behavior Journal of Personality an Social Psychology, 45, 1134-1146.

ASHEM, B (1963): The treatment of a disaster phobia by systematic desensitization. Behaviour Research and Therapy, 1, 81-84.

AVIA, M; CALVO, R.; CARRILLO, J; LABRADOR, F.J. (S.F): Técnicas de Modificación de conducta. Cuaderno de prácticas. Fac.Psi. U. Complutense de Madrid.

AX, A.F. (1953): The physiological differentiation of fear and anger in humans. Psychosomatic Medicine, 15, 433-442.

BANDURA, A. (1969): Principles of behavior modification. Holt, Rinehart and Winston, New York.

BANDURA, A., BLANCHARD, E.B., y RITTER, B (1969): The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective and attitudinal changes. Journal of Personality and Social Psychology, 13, 173-179.

BANDURA, A., JEFFERY, R.W. y GAJDOS, E. (1975): Generalizing change through participant modeling with self-directed mastery. Behaviour Research and Therapy, 13, 141-152.

BARD, P. (1928): A diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system. American journal of Physiology, 84, 490-515.

BARD, P. (1934): On emotional expression after decortication with some remarks on certain theoretical views. Parts I and II. Psychological Review, 41, 309-329.

BASOWITZ, H., PERSKY, H., KORCHIN, S.J. Y GRINKER, R.R. (1955): Anxiety and stress, Mc Graw-Hill, New York.

BARKER, R.G. (1968): Ecological psychology, Stanford University Press, Stanford.

BARLOW, D.H., AGRAS, W.S., LEITENBERG, H., y WINCZE, J.P. (1970): An experimental analysis of the effectiveness of "shaping" in reducing maladaptive avoidance behavior: An analogue study. Behaviour Research and Therapy, 8, 165-173.

BARLOW, D.H., LEITEMBERG, H., AGRAS, W.S. y WINCZE, J.P. (1969): The transfer gap in systematic desensitization: An analogue study. Behaviour Research and Therapy, 1, 191-196.

BARLOW, D.H., y WOLFE, B.E. (1981): Behavioral approaches to anxiety disorders: A report on the NIMH-SUNY, Albany, Research Conference. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 448-459

BARRET, C.L. (1969): Systematic Desensitization versus implosive therapy. Journal of Abnormal Psychology, 74, 587-592.

BARTOLOME, CARROBLES, COSTA y DEL SER (1977): La práctica de la terapia de conducta. Pablo del Río, Madrid

BATES, H.D. (1971): Factorial structure and MMPI correlates of a fear survey schedule in a clinical population. Behaviour Research and Therapy, 9, 355-360

BECK, A.T. (1970): cognitive therapy: Nature and relation to behavior theory. Behavior therapy, 1, 184-200.

BELLACK, A.S. (1979): A critical appraisal of strategies for assessing social skill. Behavioral Assessment, 1, 157-176.



BELLACK, A.S. y HERSEN, M. (1977): The use of self-report inventories in behavioral assessment. In J.D. Cone y R.P. Hawkins (Eds.), Behavioral assessment; Brunner/Mazel, New York.

BELLACK, A.S., HERSEN, M y LAMPARSKI, D. (1979): Role play test for assessing social skills: Are they valid? Are they useful? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 335-347.

BELLACK, A.S., HERSEN, M., y TURNER, S.M. (1979a): The relation ship of role-playing and Knowledge of appropriate behavior to assertion in the natural environment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 670-678

BELLACK, A.S., HERSEN, M, y TURNER, S.M. (1979b): Role play test for assessing social skills: Are They valid? Behavior Therapy, 9, 448-461.

BELLACK, A.S. y LOMBARDO, T.W. (1984): Measurement of Anxiety. En Turner, S.M. (Ed.): Behavioral theories and treatment of anxiety. Plenum Press, New York.

BENDIG, A.W. (1962): The Pittsburgh scales of social extroversion-introversion and emotionality. Journal of Psychology, 199-209.

BENTLER, P.M. (1962): An infant's phobia treated with reciprocal inhibition therapy. Journal of Child Psychology an Psychiatry, 3 185-189.

BERMUDEZ, J. (1977): Ansiedad y rendimiento, Tesis Doctoral, Universidad Complutense.

BERMUDEZ, J. (1978a): Ansiedad y rendimiento en tareas intelectuales. R. Psicología General Aplicada, 33, 183-207.

BERMUDEZ, J. (1978b): Análisis funcional de la ansiedad. Revista de Ps. Gral. Aplicada, 33, 617-634.

BERMUDEZ, J. (1983): Modelo interactivo de ansiedad: implicaciones y contrastación empírica. Revista de Psicología General y Aplicada. V.38, 6, 1003-1030.

BERMUDEZ, J., Y LUNA, M. D. (1980): Ansiedad. En Fernández Trespalacios (Ed.): Psicología General II, UNED, Madrid.

BERNSTEIN, D.A. (1973): Situationals factors in behavioral fear assessment: A progres report. Behavior Therapy, 4, 41-48.

BERNSTEIN, D.A., & BEATY, W.E. (1971): Theuse of in vivo desensitization as parts of a total therapeutic intervention. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2, 259-265.

BERNSTEIN; D.A. y NIETZEL, M.T. (1974): Behavorial avoidance test: The effects of demand characteristics and repeated measures of two types of subjects. Behavior Therapy, 5, 183-192.

BLACKMAN, D.E. (1972): Conditioned anxiety and operant behavior. En Gilbert y Keehn (eds.): Schedule effects: drugs, drinking and aggression, University Press, Toronto.

BLANCHARD, E.B. (1970): Relative contributions of modeling, informational influences, and physical contact in extinction of fobic behavior. Journal of Abnormal Psychology, 76, 55-61.

BLOCK, J. (1965): The Challenge of response sets. Appleton-Century-Crofts.

BOLLES, R.C. Y FANSELOW, M.S. (1980): A perceptual-defensive-recuperative model of fear and pain. The Behavioral and Brain Sciences, 3, 291-323.

BOOTZIN, R.R., y MAX, D. (1980): Learning and behavioral Theories. En Kutash, Schlesinger y associates: Handbook, of stress and anxiety. Jossey-Bass, San Francisco.

BORKOVEC, T.D. (1973): The role of expentancy and physiological feedback in fear Research: a Review with special reference to subyet characteristics, Behavior Therapy, 4, 491-505.

BORKOVEC, T.D.(1976): Physiological and cognitive processes in the regulation of anxiety: SCHWARTZ, G.E y SHAPIRO, D. (Eds) Concioussness and self-regulation. Aduances of research. Plenum Press, New York.

BORKOVEC, T.D. y CRAIGHEAD, W.E. (1971): The comparison of two methods of assessing fear and avoidance behavior. Behaviour Research an Therapy, 9, 285-291.

BORKOVEC, T.D., STONE, N.H., O'BRIAN, G.T. y KALOUPEK, D.G. (1974): Identification and meassurement of a clinically relevant target behavior for analogue outcome research, Behavior Therapy, 5, 503-513.

BORKOVEC, T.D., WEERTS; T.C. y BERNSTEIN, D.A. (1977): Assessment of anxiety. En Ciminero, A.R., Calhonn, K.S. y Adams, H.E.: Handbook of behavioral assessment, Wiley, New York.

BOULOUGOURIS, J.C., MARKS, I.M., & MARSET, P (1971): Superiority of flooding to desensitization as a fear reducer. Behavior Research and Therapy, 9, 7-16.

BROUGH, D.I., YORKSTON, N. y STAFFORD-CLARK, D. (1965): A case of wasp phobia treated by systematic desensitization under light hypnosis. Guy's Hospital Reports, 114, 319-324.

BOWERS, K.S. (1972): Situationism in psychology: on making reality disappear. Research Report, n°3. Departament of Psychology, University of Waterloo, Ontario, Canada.

BOWERS, K.S. (1973): Situationism in Psychology: an analysis and critique, En Psychological Review, 80, 307-336.

BRAUN, P.R. y REYNOLDS, D.N. (1969): A factor analysis of a 100 item fear survey inventory. Behaviour Research and Therapy, 7, 399-402.

BRENGELMANN, J.C. (1967): Bedingte Reaktionen. Lerntheorie und Psychiatrie. En Gruhle y cols. (eds). Psychiatrie der Gegenwart, Springer Verlag.

BRYANT, B., TROWER, P.E. (1974): Social difficulty in a student sample. British Journal of Educational Psychology, 44, 13-21

BYRNE, D. (1961) The repression-sensitization scale: Rationale, reliability and validity. J. Personality, 29, 334-339.

BYRNE, D. (1964): Repression-sensitization as a dimension of personality y research. Academic Press, New York.

BYRNE, D., BARRY, J. & NELSON, D. (1963): Relation of the Revised Repression-sensitization scale to measures of self-description. Psychological Reports, 13, 323-334.

CALVO SAGARDOY, R. (1975): Análisis del cuestionario de miedos FSS en sendas muestras de personas normales y neuróticas. Tesina presentada en la U.C.M

CANNON, W.B. (1915): Bodily changes in pain hunger, fear and rage. Appleton, New York.

CANNON, W.B. (1927): The James-Lange's theory of emotions a critical examination and an alternation. American Journal of Psychology, 39, 106-124.

CANNON, W.B. (1931): Again the James-Lange and the thalamic theories of emotion. Psychological Review, 38, 281-295.

CARR, A.T. (1979): The psychopathology of fear. In W. Sluckin (Ed.), Fear in animals and man. Van Nostrand Rheinhold, New York.

CARROBLES, J.A.I. y DIEZ-CHAMIZO, V. (1981): Evaluación de conductas ansiosas. En Fernández Ballesteros, R. y Carrobles, J.A.I.: Evaluación conductual, Pirámide, Madrid.

CASTANEDA, A., McCARDLESS, B y PALERMO, D. (1956): The children's form of the Manifest Anxiety Scale. Child Development, 27, 317-326

CATELL, R.B. (1973): Personality and mood by questionnaire. Jossey-Brass, San Francisco.

CATTELL, R.B. y KLINE, P. (1982): El análisis científico de la personalidad y la motivación; Pirámide. Madrid.

CATTELL, R.B. y SCHEIER, I.H. (1961): Neuroticism and anxiety. Ronald, New York.

CAUTELA, J.R. (1965): The application of learning theory 'as a last resort' in the treatment of a case of anxiety neurosis. Journal of Clinical Psychology, 21, 448-452

CAUTELA, J.R. (1977): Behavior Analysis Froms for clinical Intervention. Champaign Ill: Research Press Co.

CAUTELA, J.R y UPPER, D. (1976): A behavioral inventory battery: The use of self report measures in behavioral analysis an therapy, en Hersen, M. y Bellack, A.S. (eds): Behavioral Assessment, Pergamon Press, New York.

CHABOT, J.A. (1973): Repression-Sensitization: A critique of some Neglected variables in the literature. Psychological Bulletin, 80, 122-129

CHIRSTOFF, K.A., y EDELSTEIN, B.A. (1981): Functional aspects of assertive and aggressive behavior: Laboratory and in vivo observations. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Toronto.

CLARK, D.F. (1963a): The treatment of Monosymptomatic phobia by systmatic desensitization. Behaviour Research and Therapy, 1 63-68.

CLARK, D.F. (1963b): The treatment of hysterical spasm and agoraphobia by behavior therapy. Behaviour research and Therapy, 1, 245-250.

COHEN, D.C. (1977): Comparison of self-report and overt-behavioral procedures for assessing acrophobia, Behavior Therapy, 8, 17-23.

CONE, J.D. (1979): Confounded comparisons in triple response mode assessment research. Behavioral Assessment, 1, 85-95.

COTLER, S.B. y GARLINGTON, W.K. (1969): The generalization of anxiety reduction following systematic desensitization. Behaviour Research and Therapy, 7, 35-40.

COTLER, S.B. y GUERRA, J.J. (1976): Assertion Training. A humanistic behavioral guide to self-dignity. Research Press, Champaign, Illinois.

COUCH, A y KENISTON, K. (1960): Yeasayers and Naysayers: Agreeing Response Sets as a Personality Variable. Journal of Abnormal and Social Psychology, 151-174.

CRONBACH, L.J. (1960): Essentials of psychological testing (2nd ed.). Harper y Row, New York.

CROWDEN, R.C. & FORD, L.I. (1962): Systematic desensitization with phobic schizophrenics. American Journal of Psychiatry, 118, 241-245.

CROWE, M.J., MARKS, I.M., AGRAS, W.S., & LEITENBERG, H. (1972): Time limited desensitization, implosion, and shaping for

phobic patients: Acrossover study. Behavior Research and Therapy, 10, 319-328.

CROWNE, D.P. y MARLOWE, D. (1964): The approval motive: studies in evaluative dependence. New York.

CURTIS, G., NEESE, R., BUXTON, M., WRIGHT, J., & LIPPMAN, D (1976): Flooding in vivo as a research tool and treatment method for phobias: Apreliminary report. Comprensive Psychiatry, 10, 319-328.

DAHLSTROM, W.G. y WELSH, G.S. (1960): An MMPI handbook: A guide to use in clinical practice an research. University of Minnesota Press, Minneapolis.

DELPRATO, D.J. y McGLYNN, F.D. (1984): Behavioral Theories of anxiety disorders. En Turner, S.M. (Ed.): Behavioral Theories and treatment of anxiety. Plenum Press, New York.

DENNEY, D.R. y SULLIVAN, B.J.(1976): Desensitization and Modeling treatments of spider fears using two types of scenes, Journal of consulting and Clinical Psychology, 44, 573-579.

DENNEY, D.R., SULLIVAN, D.J. y THIRY, M.R. (1977): Participant modeling and self-verbalization training in the reduction of spider fears. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8, 247-253.

DIXON, W. (ed.)(1983): BMDP Statistical Software. University of California Press, Berkeley. (Existen tres ediciones anteriores, 1977, 1979 y 1981).



DMITRUK, O.M., COLLINS, K.W. y CLINGER, D.L. (1973): The Barnum Effect and acceptance of negative personal evaluation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 192-196.

DOLLARD, J. Y MILLER, N.E. (1950): Personality and psychotherapy: and analysis in terms of learning, thinking and culture, McGraw-Hill, New York.

DUFFY, E. (1962): Activation and behavior. Wiley, New York.

DUFFY, E. (1972): Activation. En N.S. Greenfield y R.A. Sternbach (Eds), Handbook of psychophysiology. Holt, Rinehart y Winston, Chicago.

DUNN, J.A.(1965): Stability of the factor structure of the test anxiety scale for children across age and sex groups. Journal of Consulting Psychology, 29, 187.

DUSEK, J.B. (1980): The developement of test anxiety in children. En Sarason, I.G. (ed.): Test anxiety: Theory, research and applications. Lawrence Erlbaum Ass. Publ., Hillsdale, New Jersey

EDWARDS, A.L. (1953): The relationship between the judged desirability of a trait and the probability that the trait will be endorsed. Journal of applied Psychology, 37, 90-93.

EDWARDS, A.L.(1957): The social desirability variable in personality assessment and research. Dryden, New York.

EDWARDS, A.L.(1959): Social desirability and the description of others. Journal of Abnormal and social Psychology, 59, 434-436.

EDWARDS, A.L.(1962): The social desirability hypothesis: Theoretical implications for personality Measurement. En: S. Messick y J. Ross (eds). Measurement in personality and cognition, Wiley, New York.

EKEHAMMAR, B., MAGNUSSON, D. y RICKLANDER, L. (1974): An interactionist approach to the study of anxiety: an analysis of an S-R inventory applied to an adolescent sample. Scandinavian J. of Psy. 15, 4-14.

ELLIOT, R. (1966): Effects of uncertainty about the nature and advent of a noxious stimulus (shock) on distress. Journal of Personality and Social Psychology, 3, 353-356.

ELLIS, A. (1962): Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

EMMELKAMP, P.M.G., y EMMELKAMP-BENNER, A. (1975): Effects of historically portrayed modeling and group treatment on self-observation: A comparison with agoraphobics. Behaviour Research and Therapy, 13, 135-139.

EMMELKAMP, P.M.G., KUIPERS, A.C.M., y EGGERAAT, J.B. (1978): Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: A comparison with agoraphobics as subjects. Behaviour Research and Therapy, 16, 33-41.

EMMELKAMP, P.M.G., y WESSELS, H. (1975): Flooding in imagination vs flooding in vivo: A comparison with agoraphobics. Behaviour Research and Therapy, 13, 7-15.

ENDLER, N.S. (1973): The person versus the situation a pseudo issue?. A response to others. Journal of Personality, 41, 287-303.

ENDLER, N.S. (1975): A person-situation interaction model for anxiety. En Spielberger, C.A. y Sarason, I.G. (Eds): Stress and Anxiety (vol. 1), Washington D.C.: Hemisphere Publishing Co. 145-164.

ENDLER, N.S. (1977): The role of Person-by-Situation Interactions in Personality Theory. En I.C. Uzgiris & F. Weizman (Eds): The Structuring of Experience, Plenum Press, New York, 343-369.

ENDLER, N.S. (1978): The interaction model of anxiety. Some possible implications. En O.M. Landers & R.W. Christina (Eds.): Psychology of Motor Behavior and Sport, 1977, Human Kinetics, Champaign, 332-351.

ENDLER, N.S., et al. (1983): Generality of the interaction model of anxiety with respect to two social evaluation field studies. Canadian Journal of Behavioural Science, 15, 1, 60-69.

ENDLER, N.S., HUNT, J. McV. y ROSENSTEIN, A.J. (1962): An S-R Inventory of Anxiousness, Psychological Monographs, 76, núm. 17.

ENDLER, N.S. y MAGNUSSON, D. (1974): Interactionism, trait psychology, psychodynamics and situationism. Report from the Psychological Laboratories, University of Stockholm, n° 418

ENDLER, N.S., & MAGNUSSON, D. (1976b): Personality and person by situation interaction. En N.S. Endler & Magnusson (eds.): Interactional psychology and Personality, Hemisphere Publ., Washington, D.C.

ENDLER, N.S., & MAGNUSSON, D. (1976c): Multidimensional aspects of state and trait anxiety: A cross-cultural study of Canadian and Swedish students. En C.D. Spielberger & R. Díaz-Guerrero (Eds.): Cross-cultural research on anxiety, Hemisphere Publ., Washington.

ENDLER, N.S., & MAGNUSSON, D. (1977): The interaction model of anxiety: an empirical test in an examination situation. Canadian Journal of Behavioural Science, 9, 2, 101-107.

ENDLER, N.S.; MAGNUSSON, D y OKADA, M. (1976): Multidimensionality of state and trait anxiety. Scandinavian J. of Ps. Estocolmo. febrero, 1976.

ENDLER, N.S.; MAGNUSSON, D.; EKEHAMMAR, B. Y OKADA, M. (1976): The multidimensionality of state and trait anxiety. Scandinavian Journal of Psychology, 17, 81-93.

ENDLER, N.S. Y OKADA, M. (1975): A multidimensional measure of trait anxiety: the S-R Inventory of General Trait Anxiousness, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 319-329.

ENDLER, N.S.: OKADA, M. & FLOOD, M. (1975): The interaction model of anxiety: an empirical test in a social situation. Department of Psychology Reports, 24, York University, Toronto.

ENGEL, B.T. (1972): Response specificity. In N.S. Greenfield y R.A. Sternbach (Eds.) Handbook of psychophysiology. Holt, Rinehart y Winston: New York.

EPSTEIN, S. (1967): Towards a unified theory of anxiety, en Maher, B.A. (ed.): Progress in experimental personality research, vol IV, Academic Press, New York.

EPSTEIN, J. (1972): The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. En Spielberger (ed.): Anxiety currents trends in theory and research, tomo II. Academic Press, New York.

EVERAERD, W.T.A.M., RIJKE, H.M., & EMMELKAMP, P.M.G. (1973): A comparison of flooding and successive approximation in the treatment of agoraphobia. Behavior Research and Therapy, 11, 105-117.

EYSENCK, H.J. (1967): The biological basis of personality, C.C. Thomas, Springfield, (trad. en castellano, Fontanella, 1970).

FELD, S. y LEWIS, J. (1967): Further evidence on the stability of the test anxiety scale for children. Journal of Consulting Psychology, 31, 434.

FENZ, W.D. (1967): Specificity in somatic responses to anxiety. Perceptual and Motor Skills, 24, 1183-1190

FENZ, W.D. y EPSEIN, S. (1965): Manifest anxiety: unifactorial or Multifactorial comparison?. Perceptual and Motor skills, 20, 773-780

FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1977): Relaciones entre distintas medidas de ansiedad. Revista de Psicología General y Aplicada, 145, 225-240.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R., (1981): Nuevas aportaciones en evaluación conductual. Ed, Alfaplus, Valencia.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1983): Psicodiagnóstico. U.N.E.D. Madrid.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R.; DIAZ VEIGA, P; FERNANDEZ DE TROCONIZ, M.I.; MACIA ANTON, A. Y PEREZ PAREJA, J. (1981): Relaciones entre métodos de evaluación y modalidades de respuesta.

En FERNANDEZ BALLESTEROS, R.: Nuevas aportaciones en evaluación conductual. Alfaplus, Valencia.

FERNANDEZ-ABASCAL, E.G. (1979): Desensibilización sistemática: Técnicas de relajación muscular e hipnosis. Memoria de licenciatura, Universidad Complutense, Madrid.

FIERRO, A. (1982): Técnicas de investigación de la personalidad. I.C.E., Salamanca.

FISCHER, W.F. (1970): Theories of Anxiety. Harper y Row. New York.

FLOOD, M. & ENDLER, N.S. (1980): The interaction model of anxiety: An empirical test in an athletic competition situation. Journal of Research in Personality, 14, 329-339.

FOA, E.B., BLAU, J.S., PROUT, M. Y LATIMER, P. (1977): Is horror a necessary component of flooding (implosion)? Behaviour Research and Therapy, 397-402.

FORDYCE, W.E. (1956): Social desirability in the MMPI. Journal of consulting Psychology, 20, 171-175.

FREEMAN, H.L. & KENDRICK, D.C. (1960): A case of catphobia. British Medical Journal, 2, 497-502.

FREUD, S. (1967): Angustia y vida instintiva. Obras completas, Tomo II. Biblioteca Nueva. Madrid.

FREUD, S. (1968): Los orígenes del psicoanálisis. Manuscrito E: Como se origina la angustia. Obras completas. Tomo III. Biblioteca Nueva. Madrid.

FREUD, S. (1976): XXV Conferencia. Obras completas. Tomo XVI. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

FRICKE, B.G. (1956): response set as a suppressor variable. Journal of consulting Psychology, 20, 161-169.

FRIEDMAN, D. (1966): Case history: treatment of a case of dog phobia in a deaf mute by behaviour therapy. Behavior Research and Therapy, 4, 141.

FROMM, E. (1976). Miedo a la libertad. Ed. Paidós. Madrid.

FROMM, E. (1982). El arte de amar. Ed. Paidós. Madrid.

GALASSI, M.D. y GALASSI, J.P. (1976): The effects of role playing variations on the assessment of assertive behavior. Behavior therapy, 7, 343-347.

GALIBERT, J. (1963): L'angoisse, réflexe conditionné dans l'agoraphobie. Evolution Psychiatrique, 28, 137-147.

GATCHEL, R.J. et al (1979): Comparison of heart-rate biofeedback, false biofeedback and systematic desensitization in reducing speech anxiety: short and long term effectiveness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 620-622

GAUTHIER, J., MARSHALL, W.L. (1977): The determination of optimal exposure to phobic stimuli in flooding therapy. Behavior Research and Therapy, 15, 403-410.

GEER, J.H. (1964): "Phobia treated by reciprocal inhibition". Journal of Abnormal and Social Psychology, 69, 642-645.

GEER, J.H. (1965): The development of a scale fear, Behaviour Research and therapy, 3, 45-53.

GELDER, M.G.; MARKS, I.M.; WOLFF, H.E.; & CLARKE, M. (1967): Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: A controlled inquiry. British Journal of Psychiatry, 113, 53-73.

GELDER, M.G., BANCROFT, J.H., GATH, D.H. JOHNSON, D.W., MATHEWS, A.M. & SHAW, P.M. (1973): Specific and non-specific factors in behavior therapy. British Journal of Psychiatry, 123, 445-462.

GIL, F. (1981): Eficacia de los distintos métodos en el entrenamiento de la habilidad social de hablar en público. Tesis doctoral, U. Complutense, Madrid.

GILKINSON, H. (1942): Social fears as reported by students in college speech classes. Speech monograph, 9, 141-160.

GLASS, C.R.; MERLUZZI, W.; BIEVER, J. L. y LARSEN, K (1982): Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self statemen questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 6, 37-55.

GLOVER, J.A. y GARY, A.L. (1979): Behavior modification, an empirical approach to self-control. Nelson Hall, Chicago.

GOLDFRIED, M.R., DECENTECEO, E.T. y WEINBERG, L. (1974): Systematic rationale restructuring as a self-control tecnique. Behavior Therapy, 5, 247-254.

GOLDSTEIN, K. (1939): The organism, a holistic approach to biology, American Book, New York.

GRAY, J.A. (1982): The neuropsychology of anxiety, Oxford University Press, Londres.

GREIST, J.H., MARKS, I.M., BERLIN, F., GOURNAY & NOSHIRVANI, H. (1980): Avoidance versus confrontation of fear. Behavior Therapy, 11, 1-14.



GREY, S., SARTORY, G. & RACHMAN, S. (1979): Synchronus and desynchronous changes during fear reduction. Behavior Reseach and Therapy, 17, 137-147.

GREY, S.J., RACHMAN, S. & SARTORY, G. (1981): Return of fear: The role of inhibition. Behavior research and Therapy, 19, 135-143.

GROSSBERG, J.M. y WILSON H.R. (1965): A correlational comparison of the Wolpe-Lange Fear Survey Schedule an Taylor Manifest anxiety scale. Behavior research and therapy, 3, 125-128.

HAFNER, R.J., & MARKS, I.M. (1976): Exposure in vivo of agoraphobics; contributions of diazepam, group exposure and anxiety evocation. Psychological Medicine, 6, 71-88.

HAFNER, J., & MILTON, F. (1977): The influence of propranolol on the exposure in vivo of agoraphobics. Psychological Medicine; 7, 419-425.

HAMILTON, S. B. CARMODY, T.P., BERNSTEIN, P.H. & TRONTEL, E.H. (1978): The effects of a diagnosis/treatment expectancy manipulation upon the efficacy of graduated prolonged exposure. Behavior Therapy, 9, 690-691.

HAMILTON, W. (1959): British Journal of Medical Psychology, 32, 50-55.

HAMILTON, W. (1960): A rating scale for depression. Journal of Neurology, neurosurgery and Psychiatry, 23, 56-62.

HERGEN, M. (1971): Fear scale norms for an in-patient population. Journal of criminal Psychology, 27, 375-378.

HILL (1972): Citado por Dusek, 1980.

HORST, P. (1968): Personality Measurement of dimensions. Jossey. Bass, San Francisco.

HOY, E. y ENDLER, N.S. (1969): Reported anxiousness and two types of stimulus incongruity. Canadian Journal of Behavioural Science, 1, 207-214.

HUGDAHL, K. (1981): The three-systems model of fear and emotion-A critical examination. Behavior Research and Therapy, 19, 75-85.

HULL, C.L. (1921): Quantitative aspects of the evolution of concepts an experimental study. Psychological Monographs.

HULL, C.L. (1943): Principles of behavior. Appleton -Century-Crofts. New York.

HULL, C.L. (1952): A behavior system. New Haven, Yale, University Press.

HUSEK, T.R. y ALEXANDERS, S. (1963): The effectiveness of the anxiety differential in examination stress situations. Educational and Psychological Measurement, 23, 304-318.

IBÁÑEZ, E.; SABUCEDO, J.M. Y BELLOCH (1982): Estudio factorial de la Escala de Temores de Wolpe. Análisis y modificación de conducta, 8, 29-46.

Institute for Personality and Ability testing (1971): Eight State Questionnaire, Illinois.

ITTELSON, W.H.; PROSHANSKY, H.M.; RIVLIN, L.G. Y WINKEL, G.H. (1974): An introduction to environmental psychology. Holt, Rinehart and Winston, New York.

JACKSON, D.N. (1957): Response acquiescence in the California Psychological Inventory. American Psychologist, 12, 412-413.

JACOB, R.G. Y RAPPORT, M.D. (1984): Panic disorder: Medical and psychological parameters. En TURNER, S.M. Behavioral theories and treatment of anxiety. Plenum Press. New York.

JAMES, W. (1884): What is emotion?, Mind, 9, 188-205.

JAMES, W. (1890): Principles of psychology. Holt, New York.

JONES, M.C. (1924): The elimination of childrens fears. Journal of experimental psychology, 7, 383-390.

KATKIN, E.S. (1965): Relationship between manifest anxiety, and two indices of autonomic response to stress. Journal of Personality and Social Psychology, 2, 324-333.

KAZDIN, A.E. (1973): The effect of suggestion and pretesting on avoidance reduction in fearful subjects. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4, 213-222.

KAZDIN, A.E. (1974): Self-monitoring and behavior change. En M.J. Mahoney y C.E. Thoresen (Eds.), Self-control: Power to the person. Brooks/Cole, Monterrey.

KAZDIN, A.E. (197a): Covert modeling, model similarity, and reduction of avoidance behavior. Behavior Therapy, 5, 325-340.

KAZDIN, A.E. (1974b): The effect of model identity and fear relevant similarity on covert modeling. Behavior Therapy, 5, 624-635.

KAZDIN, A.E. (1979): Situational specificity: The two edged sword of behavioral assessment. Behavioral Assessment, 1, 57-75.

KNIGHT, R.O. (1941): Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. American Journal of Psychiatry, 98, 434-446.

KOLKO, D.J., & MILAN, M.A. (1980): Misconception correction through reading in the treatment of a self-injection phobia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 11, 273-276.

KRAFT, T. (1967): Treatment of the housebound housewife syndrome. Psychotherapy and Psychosomatics, 15, 446-453.

KRAFT, T. y AL-ISSA, I. (1965a): The application of learning theory to the treatment of traffic phobia. British Journal of Psychiatry, 111, 277-279.

KRAFT, T. y AL-ISSA, I. (1965b): Behaviour therapy and the recall of traumatic experience - a case study. Behaviour Research and Therapy, 3, 55-58.

KRAFT, T. y BURNFIELD, A. (1967): Treatment of neurosis by behaviour therapy. London Hospital Gazette, 70, XII-XVI.

KRASNER, L. y ULLMAN, L.P. (1973): Behavior influences and personality, Holt, Rinehart and Winston, New York.

KUSHNER, M. (1965): Desensitization of a posttraumatic phobia. En la obra de Ullmann, L.P. y Krasner, L. (dirs.). Case studies in behavior modification. Holt, New York, 193-196.

LACEY, J.I. (1967): Somática response patterning and stress: some revisions of activation theory, en Appley, M. H., y Trumbull, R. (eds.): Psychological stress, Appleton, New York.

LACEY, J.I., BATEMAN, D.E., y VANLEHN, R. (1953): Autonomic response specificity. Psychosomatic Medicine, 15, 8-21.

LANG, P.J. (1968): Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct, en Shilen, J.M. (ed.): Research in psychotherapy, Vol. III. American Psychological Association, Washington.

LANG, P.J. (1970): Stimulus control, response control, and the desensitization of fear. In D.J. Levis (Ed.), Learning approaches to therapeutic behavior change. Chicago.

LANG, P.J. (1971): The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In A.E. Bergin y S.L. Garfields (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change. New York.: Wiley.

LANG, P.J. (1977): The psychophysiology of anxiety. En J. Akistal (Ed.), Psychiatric diagnosis: Exploration of biological criteria. Spectrum, New York.

LANG, P.J. (1978): Anxiety: Toward a psychophysiological definition. In H.S. Akiskal y W.L. Webb (Eds.), Psychiatric diagnosis: Exploration of biological predictors, Spectrum, New York.

LANG, P.J. Y LAZOVIK, A.D. (1963): The experimental desensitization of an animal phobia. Journal of Abnormal and Social Psychology, 66, 519-525.

LANG, P.J.; LAZOVIK, A.D. y REYNOLDS, P.J. (1965): Desentization, suggestibility, and pseudotherapy. Journal of Abnormal Psychology, 70, 395-402.

LANG, P.J. MELANED, B.G. y HART, J. (1970): A psychophysiological analysis of fear modification using and automated desensitization procedure, Journal of Abnormal Psychology, 76, 220-234.

LANG, P.J.; RICE, D.G. Y STERNBACH, R.A. (1972): The psychophysiology of emotion. In N.S. Greenfield y R.A. Sternbach (Eds.), Handbook of psychophysiology. Holt, Rinehart y Winston, New York.

LANGE, C.G. (1885): Om Sindsbevaegelser et psyko fysiolog studie. Kronar, Copenhagen.

LAWLIS, G.F. (1971): Response styles of a patient population on the Fear Survey Schedule, Behavior Research and Therapy, 9, 295-302.

LAZARUS, A.A. & RACHMAN, S. (1957): The use of systematic desensitization in psychotherapy. South African Medical Journal, 31, 934-937.

LAZARUS, S.R. (1966): Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill, New York.

LEARY, M.R. (1983a): A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale. Personality and Social Psychology Bulletin, 9, 371-375.

LEARY M.R. (1983b): Social Anxiousness: The construct and its Measurement. Journal of Personality Assessment, 47, 16-75.

LEHRER, P.M. y WOOLFOLK, R.L. (1982): Self-report assessment of anxiety: Somatic, cognitive, and behavioral modalities. Behavioral Assessment, 4, 167-177.

LEITENBERG, H., AGRAS, W.S., THOMPSON, L.E., & WRIGHT, D.E. (1968): Feedback in behavior modification: An experimental analysis in two phobic cases. Journal of Applied Behavior Analysis, 1, 131-137.

LEITENBERG, H., AGRAS, W.S., BUTZ, R., & WINCZE (1971): Relationship between heart rate and behavioral change during the treatment of phobias. Journal of Abnormal Psychology, 78, 59-68.

LEITENBERG, H., AGRAS, W. S., ALLEN, R., BUTZ, R., & EDWARDS, J. (1975): Feedback and therapist praise during treatment of phobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 396-404.

LEITENBERG, H., & CALLAHAN, E.J. (1973): Reinforced practice and reduction of different kinds of fear in adults and children. Behavior Research and Therapy, 11, 19-30.

LEITENBERG, H., WINCZE, J.P., BUTZ, R.A., CALLAHAN, E.J., & AGRAS, W.S. (1970): Comparison of the effects of instructions and reinforcement in the treatment of a neurotic avoidance response: A single case experiment. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1, 53-58.

LEVIS, D.J. (1969): The phobic test apparatus: An objective measure of human avoidance behavior to small objects. Behavior Research and Therapy, 7, 309-315.

LICK, J.R. Y KATKIN, E.S., (1976): Assessment of anxiety and fear. En M. Hersen y A. Bellack (Eds.), Behavioral Assessment: A Practical Handbook. Pergamon, New York.

LIEBERT, R.M. Y MORRIS, L.W. (1967): Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. Psychological Reports, 20, 975-978.

LINDZEY, G. Y HERMAN, P.S. (1955): Thematic Aperception Test: A note on reliability and situational validity. Journal of Projective Techniques, 19, 36-42.

LIPINSKI, D. Y NELSON, R. (1974): The reactivity and unreliability of self-recording. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 110-123.

LOMBARDO, T.W. Y BELLACK, A.S. (1978): The external validity of laboratory analogue assessments for speech anxiety. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.

MAGNUSSON, D. (1980, "Received 4 December 1979"): Trait-state anxiety: A note on conceptual and empirical relationships. Person & Ind. Diff. 1, 215-217.

MAGNUSSON, D. (1980a): Personality in an interactional paradigm of research. Z. Diff. Diagnost Psychol.

MAGNUSSON, D. (1980b): Wanted: A psychology of situations. En Toward a Psychology of situations (Edited by D. MAGNUSSON). Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New Jersey..

MAGNUSSON, D. Y EKEHAMMAR, B. (1975): Perceptions of and Reactions to stressfull situations. Journal of Personality and Social Psychology, 31, 1, 147-1154.

MAHL, G.F. (1956): Exploring emotional states by content analysis. In I. D. Pool (Ed.), Trends in Content Analysis. Urbana Ill: University of Illinois Press.

MAHONEY, M.P. y WARDS, M.P. (1976): Psychological assessment: a conceptual approach, Oxford University Press, New York.

MAIN, C.J. (1983): The Modifies Somatic Perception Questionnaire (MSPQ). Journal of Psychosomatic. Research, 27, 503-514.



MANDLER, G. (1972): Helplessness: theory and research in anxiety. En Spielberger, (ed): Anxiety, current trends in theory and research. Academic Press, New York.

MANDLER, G. Y KREMEN, I. (1958): Autonomic feedback: a correlational study. J. Personality, 26, 388-399.

MANDLER, G.; MANDLER, J.M.; WILLER, E.T. (1958): Autonomic feed-back; the perception of automatic activity. Journal of Abnormal and Social Psychology, 56, 367-373.

MANDLER, G. Y SARASON, S.B. (1952): A study of anxiety and learning, Journal of Abnormal, and Social Psychology, 47, 166-173.

MANDOLINI (1969): Historia General del Psicoanálisis de Freud a From. Ed. Ciordia, S.R.L. Buenos Aires.

MARKS, I.M., BOULOUGOURIS, J., & MARSET, P. (1971): Flooding vs. desensitization in the treatment of phobic patients.: A crossover study. British Journal of Psychiatry, 119, 353-375.

MARKS, I.M., GELDER, M.G. & EDWARDS, G. (1968): Hypnosis and desensitization for phobias: a controlled prospective trial. British Journal of Psychiatry, 114, 1263-1274.

MARSHALL, W.L., GAUTHIER, J. CHRISTIE, M.M., CURRIE, S.W. Y GORDON, A. (1977): Flooding therapy: Effectiveness, stimulus characteristics and the value of brief in vivo exposure. Behaviour Research and Therapy, 15, 79-87.

MARTIN, B. (1961): The assement of anxiety by physiological and behavioral measures. Psychological Bulletin, 57, 234-255.

MARTIN, B. Y SROUFE, L.A. (1970): Anxiety, En C.G. Costello (Ed.), Symptoms Of psychopathology: A handbook. Wiley, New York.

MAY, R. (1950): The meaning of anxiety. Ronald press, New York.

Mc. REYNOLDS, P. (1975): Advances in psychological assessment. Vol. 3, Jossey-Bass, San Francisco.

MEALIEA, W.L. & NAWAS, M.M. (1971): The comparative effectiveness of systematic desensitization and implosive therapy in the treatment of snake phobia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2, 85-94.

MEICHENBAUM, D. (1977): Cognitive -behavior modification: An integrative approach. Plenum, New York.

MEIKLE, S. & MITCHELL, M.C. (1974): Factor analysis of the fear survey schedule with phobics. Journal of Clinical Psychology, 30, 44-46.

MEYER, V. (1957): The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles. Journal of Abnormal and Social Psychology, 55, 261-266.

MIGUEL TOBAL, J.J. y CANO VINDEL, A. (1984a): Desarrollo de un inventario de situaciones y respuestas de Ansiedad (I.S.R.A). Libro de comunicaciones del I Congreso del C.O.P. (Area 3) 253-256.

MIGUEL TOBAL, J.J. Y CANO VINDEL, A. (1984b): Evaluación de respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras de ansiedad. Symposium sobre Actividad Humana y Procesos Cognitivos.

MIGUEL TOBAL, J.J. y FERNANDEZ-ABASCAL, E.G. (1984): Trastornos cardiovasculares, en Mayor, J. y Labrador, F.J., Manual de Modificación de Conducta, Alhambra, Madrid.

MILLER, N.E. (1951): Learnable drives and rewards, en STEVENS, S.S. (eds.): Handbook of experimental psychology, Wiley. New York.

MILLER, B.V. y BERNSTEIN, D.A. (1972): Instructional demand in a behavioral avoidance test for claustrophobic fears. Journal of Abnormal Psychology, 80, 206-210.

MILLER, W.R., ROSELLINI, R.A. y SELIGMAN, M.E.P. (1977): Learned Helplessness and Depression. In J.D. Maher and M.E.P. Seligman (Eds.) Psychopathology Experimental Models. Freeman, San Francisco.

MIRA Y LOPEZ (1963): Doctrinas psicoanalíticas. Ed. Kapelusz.

MISCHEL, W. (1968): Personality and Assessment. Wiley, New York, (Existe traducción al castellano: Personalidad y evaluación, Trillas, México, 1973).

MISCHEL, W. (1973): Personalidad y Evaluación, Ed. Trillas, México.

MISCHEL, W. (1979): Introducción a la Personalidad, Nueva Editorial Interamericana. México.

DeMOOR, W. (1970): Systematic desensitization versus prolonged high intensity stimulation (flooding). Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1, 45-52.

MOOS, R.H. y INSEL, P.M. (1974): Issues in social ecology, National Press Brooks, Palo Alto, California.

MORRIS, L.W.; DAVIS, M y HUTCHINGS, C.H. (1981): Cognitive and emotional components of anxiety: Literature review and a revised worry-emotionality scale. J. Educational Psych. 73, 541-555.

MOWER, O.H. (1939): A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. Psychological Review, 46, 553-556.

MOWRER, O.H. (1950): Learning theory and personality dynamics. Ronald Press, New York.

MOWRER, O.H. (1960): Learning theory and behaviour. John Wiley, New York.

MURPHI, I.C. (1964): Extinction of an incapacitating fear earthworms. Journal of clinical Psychology, 20, 396-398.

MURRAY, D.C. (1971): Talk, silence, and anxiety, Psychological Bulletin, 75, 244-260.

MURRAY, H.A. y Cols. (1938): Explorations in personality. Oxford University Press, New York.

NESBITT, E.B. (1973): An escalator phobia overcome in one session of flooding in vivo. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4, 405-406.

NUNNALLY, J.C. (1967): Psychometric theory. McGraw-Hill. New York.

O'BRIEN, G.T. (1975): The role of progressive muscular relaxation in the systematic desensitization of analogue social anxiety. Tesina sin publicar presentada en la universidad de Iowa.

ODOM, J.V., NELSON, R.O., & WEIN, K.S. (1978): The differential effectiveness of five treatment procedures on the three response systems in a snake phobia analog study. Behavior Therapy, 9, 936-942.

OSGOOD, C.E.; SUCI, G.J. y TANNENBAUM, P.H. (1957): The Measurement of Meaning. University Illinois Press, Urbana.

OST, L.G. JERREMALM, A. y JOHANSSON, J. (1981): Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobie. Behaviour Research and therapy, 19,1-16.

OST, L.G. JOHANSSON, J. Y JERREMALM, A. (1982): Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrofobia. Behaviour Research and therapy, 20, 445-460.

OSTERHOUSE, R.A. (1969): A comparison of desinsitization and study-skills training for the treatement of two kinds of test-anxions students. Tesis doctoral no publicada, Ohio State University.

PARSONS, J.J. (1973): Assesment of anxiety about teaching using the teaching anxiety scale: Manual and research report. Research and Development, Center of teacher education, University of Texas at Austin.

PAUL, G.L. (1966): Insight versus desensitizacion in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction. Stanford University Press. Stanford, California.

PAUL. G.L. (1967): Strategy of outome research in psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 31, 109-118.

PAUL, G.L. (1969): Behavior modification research: desing and tactics. En Franks, C.M. (ed): Behavior therapy: appraisal and status, Mc Graw-Hill, New York.

PAVLOV, I.P. (1927): Conditioned reflex. Oxford University Press, London.

PAVLOV, I.P. (1964): Los reflejos condicionados. A. Peña Lillo. Buenos Aires.

PELECHANO, V. (1975): El cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución. Fraser S.A., Madrid.

PERINPANAYAGAM, M.S. (1965): A monosymptomatic phobia relieved by behavior therapy. Guy's Hospital Reports, 114, 329-332.

PICHOT, P; PULL, CH, B; von FRENCKELL, R. y PULL, M.C. (1981): Une analyse factorielle de l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton. Psychiatria Fennica, 183-189.

PINILLOS, J.L. (1975): Principios de Psicología. Ed. Alianza, Madrid.

PRICE, R.H. (1974): The taxonomic classification of behaviors and situations and the problem of behavior-environment congruence. Human Relations, 27, 567-585.

RACHMAN, S. (1959): Treatment of anxiety and phobic reactions by systematic desensitization psychotherapy. Journal of Abnormal and Social Psychology, 58, 259-263.

RACHMAN, S. (1966a): Studies in desensitization-II: Flooding. Behaviour Research and Therapy, 4, 1-6.

RACHMAN, S. (1966b): Studies in desensitization-III: Speed of generalization. Behaviour research and Therapy, 4, 7-15.

RACHMAN, S. (1977): The conditioning theory of fear-acquisition. A critical examination. Behavior Research and therapy, 15, 375-387.

RACHMAN, S. (1978): Human fears: A three systems analysis, Scandinavian Journal of Behavior Therapy, 7, 237-245.

RACHMAN, S. y HODGSON, R. (1974): Synchrony and desynchrony in fear and avoidance, Behaviour Research and Therapy, 12, 311-318.

REISS, S. (1980): Pavlovian conditioning and human fear: An expectancy model. Behavior therapy, 11, 380-396.

REYNOLDS, C.R. y PAGET, K.D. (1981): Factor analysis of the Revised children's Manifest Anxiety Scale for Blacks, Whites, males, and females. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 352-359.

REYNOLDS, C.R. y PAGET, R.D. (1982): National Normative data on the Revised Children's Manifest Anxiety Scale for blacks, whites, males, and females. Paper presented to the annual meeting of the National Association of School Psychologists. Toronto.

REYNOLDS, C. R. Y RICHMOND, B.O. (1978): What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. Journal of Abnormal Child Psychology, 6, 271-280.

REYNOLDS, C.R. Y RICHMOND, B.O. (1979): Factor structure and construct validity of "What I Think and Feel": The Revised children's Manifest Anxiety Scale. Journal of Personality Assessment, 43, 281-283.

RIMM, D.C., Y MAHONEY, M.J. (1969): The application of reinforcement and participant modeling procedures in the treatment of snake phobic behaviour. Behaviour Research and Therapy, 1, 369-376.

RITTER, B. (1968): The group treatment of children's snake phobias, using vicarious and contact desensitization procedures. Behaviour Research and Therapy, 6, 1-6.

RITTER, B. (1969): Treatment of acrophobia with contact desensitization. Behaviour Research and Therapy, 7, 41-45.

RITTER, B. (1969a): The use of contact desensitization, demonstration-plus-participation, and demonstration alone in the of acrophobia. Behaviour Research and Therapy, 1, 157-164.

RITTER, B. (1969b): Treatment of acrophobia with contact desensitization. Behaviour Research and Therapy, 1, 41-45.

ROBINSON, C. & SUINN, R.M. (1969): Group desensitization of a phobia in massed sessions. Behaviour Research and Therapy, 7, 319-321.

ROESSLER, R.; BURCH, N. y CHILDERS; H. (1966): Personality and arousal correlates of specific galvanic skin responses. Psychophysiology, 3, 115-130.

ROGERS, C.R. (1951): Client-centered therapy. Houghton-Mifflin, Boston.

ROGERS, C. R. y KINGET, M (1967): Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva. Alfaguara.

RORSCHACH, H. (1921): Psychodiagnostics: a diagnostic test based on perception, Huber, Berne, 1942 (1ª edición en alemán en 1921).

ROTHSTEIN, W. HOLMES, G.R. & BOBLITT, W.E.: A factor analysis of the fear survey schedule with a psychiatric population. Journal of Clinical Psychology, 78, 78-80.

ROUTTEMBERG, A. (1968): The two arousal hypothesis: reticular formation and limbic system, Psychological Review, 75, 51-80.

RUBIN, S.E., LAWLIS, G.F.; TASTO; D.L. & NAMENEK, T. (1969): Factor analysis of the 122-items Fear survey schedule. Behavior Research and therapy, 7, 381-386.



RUEBUSH, B.K. (1963): Anxiety. En Stevenson, H.W., Child Psychology, University of Chicago Press.

SANDIN, B. (1981): Consideraciones sobre el cuestionario 8 SQ. Rev. Psic. Gral. Apl. 36, 323-327.

SARASON, I.G. (1957): Test anxiety, general anxiety, and intellectual performance. Journal of Consulting Psychology, 21, 485-490.

SARASON, I.G. (1958): The effects of anxiety, reassurance, and meaningfulness of material to be learned, on verbal learning. Journal of Experimental Psychology, 1958.

SARASON, I.G. (1960): Empirical findings and theoretical problems in the use of anxiety scales. Psychological Bulletin, 57, 405-415.

SARASON, I.G. (1972): Experimental approaches to test anxiety: attention and the uses of information T.A.S. En C.D. Spielberger, Trends in theory and research. Academic Press, New York.

SARASON, I.G. (1978): The Test Anxiety Scale: concept and research. En C.D. Spielberger y I.G. Sarason (Eds.). Strees and Anxiety. Hemisphere, Washington.

SARASON, I.G. (ed.) (1980): Test Anxiety: theory, research, and applications. Erlbaum, Hillsdale.

SARASON, S.B; DAVIDSON, K.S.; LIGHTHALL, F.F.; WAITER, R.R. y RUEBUSCH; B.A. (1960): Anxiety in elementary school children. J. Wiley & Sons, New York.

SCHACHTER, S. (1964): The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology (Vol. 1). Academic Press, New York.

SCHWARTZ, G.E. (1976): Self-regulation of response patterning: implication for psychophysiological Research and therapy. Biofeedback and Self-regulation, 1, 7-30.

SCHWARTZ, G.E. (1977): Biofeedback and patterning of autonomic and central process, Academic Press, New York.

SCHWARTZ, G.E. (1978): Psychobiological foundations of psychotherapy and behavior change, en Garfield, S.L. y Bergin A. E. (eds.): Handbook of psychoterapy and behavior change, Jonh Wiley and sons, New York.

SCHWARTZ, G.E.; DAVIDSON R.I. Y GOLEMAN, D.I. (1978): Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. Psychosomatic Medicine, 40, 321-328.

SCHWARTZ, G. E. DAVIDSON, R.J., WEINBERGER; D.A. y LENSON, R. (1977): Voluntary control of patterns of facial muscle activity and heart rate: effects on anxiety. (Citado por Carrobles, 1981).

SELIGMAN, M.E.P. (1975): Helplessness: On depression, Development, and Death. Freeman, San Francisco.

SHAFFER (1970): Citado por Fdez. Ballesteros, 1977.

SIMPSON, R.H. (1944): The specific meanings of certain terms indicating diferent degrees of frequency. Quarterly Journal of Speech, 30, 328-330.

SKINNER, B.F. (1953): Science and human behavior. Macmillan Company, New York. (traducido al castellano: Ciencia y Conducta humana, Fontanella, Barcelona, 1969)

SMITH, G.P., Y COLEMAN, R.E. (1977): Processes underlying generalization through participant modeling with self-directed practice. Behaviour Research and Therapy, 15, 204-206.

SPENCE, J.T. y SPENCE, K.W. (1966): The Motivational components of manifest anxiety: drive and drive stimuli. En Spielberger, C.D. (Ed): Anxiety and behavior, Academic Press, New York.

SPENCE, K.W. (1956): Behavior theory and conditioning, Yale University Press, New Haven.

SPENCE, K.W. (1958): A teory of emotionally based drive (D) and its relation to performance in simple learning situations. American Psychologist, (Citado por Trespacios, 1980).

SPENCE, K.W. y SPENCE, J.T. (1966b): Sex and anxiety differences in eyelid conditioning. En Psychological Bullétin, 65, 137-142.

SPENCE, K.W. Y TAYLOR, J. (1951): Anxiety and strenght of the vcs determiners of the amount of eyelid conditioning, Journal of Experimental psychology, 42, 183-188.

SPIELBERGER, C.D. (1966a): Theory and research on anxiety. En Spielberger, C.D. (ed.): Anxiety and Behavior, Academic Press, New York, 3-20.

SPIELBERGER, C.D. (1966b): The effects of anxiety on complex learning and academic achievement. En Spielberger, C.D. (ed.): Anxiety and Behavior. Academic Press, New York. 361-398.

SPIELBERGER, C.D. (ed.) (1972): Anxiety current trends in theory and research, Academic Press, New York.

SPIELBERGER, C.D. (1972a): Current Trends in theory and Research on Anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.): Anxiety. Current Trends In Theory and Research, (vol.1), Academic Press, New York, 3-19.

SPIELBERGER, C.D. (1972b): Anxiety as an Emotional State. En C.D. Spielberger (Ed.) Current Trends in Theory and Research, (vol 1), Academic Press, New York, 23-49.

SPIELBERGER, C.D. (1976): The nature and measurement of anxiety. En Spielberger y Díaz Guerrero (eds.): Crosscultural research on anxiety, Hemisphere-Wiley, Washington.

SPIELBERGER, C.D. (1977): State-Trait anxiety and interactional psychology, en Magnusson y Endler (eds.): Personality as a crossroads: current issues in interactional psychology, Lea, Hilladade.

SPIELBERGER, G.D. (1978): Examination stress and Test Anxiety. En C.D. Spielberger y I.G. Sarason. Stress and Anxiety (v.5); Hemisphere, New York.

SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.I., y LUSHENE, R. (1970): The State-Trait Anxiety Intentory (self-evaluation Questionnaire) Psychologists press, Palo Alto, California.

SPIELBERGER, C.D.; SARASON, I.G. Y MILGRAN, N.A. (1980): Stress and anxiety. Vol 8 Hemisphere, New York.

STERN, R. & MARKS, I. (1973): Brief and prolonged flooding: A comparison in agoraphobic patients. Archives of General Psychiatry, 28, 270-276.

STURGIS, E.T. Y SCOTT, R. (1984): Simple Phobia. En TURNER, S.M., Behavioral theories and treatment of anxiety. Plenum Press. New York.

SUINN, R.M. (1969): The relationship between fears and anxiety: A further study. Behaviour Research and Therapy, 7, 317-318.

SUEDFELD, P. y HARE, R.D. (1977): Sensory deprivation in the treatment of snake phobia: Behavioral, self-report, and physiological effects, Behavior Therapy, 8, 240-250.

SULLIVAN, H.S. (1953): The interpersonal theory of psychiatry. Norton. New York.

TASTO, D.L. (1977): Self-Report Schedules and Inventories. En: CIMINERO, CALHOUM Y ADAMS. Handbook of Behavioral Assessment John Wiley New York.

TASTO, D.L. & SUINN, R.M. (1972): Fear Survey Schedule changes on total and factor scores due to nontreatment effects. Behaviour Therapy, 3, 275-278.

TAYLOR, C.B. (1977): Heart rate changes in improved spider-phobic patients. Psychological Reports, 41, 667-671.

TAYLOR, J.A. (1951): The relationship of anxiety to the conditioned eyelid response, Journal of Experimental Psychology, 41, 81-92

TAYLOR, J.A. (1953): A personality Scale of manifest anxiety. Journal of Abnormal and Social Psychology, 48, 275-280.

TAYLOR, J.A. (1956): Drive theory and manifest anxiety. Psychol. Bull., 53, 303-320.

TAYLOR J.A. y SPENCE, K.W. (1952): The relationship of anxiety level to performance in serial learning. Journal of Experimental Psychology, 44, 61-64.

THORPE, J.G., SCHMIDT, E., BROWN, P.T. y CASTELL, D. (1964): Aversion-relief therapy: a new method for general application. Behaviour Research and Therapy, 2, 71-82.

TOLMAN, E.C. (1932): Purposive behavior in animals and men. New York: Appleton-Century.

TROWER, P., YARDLEY, K., BRYANT, B., y SHAW, P. (1978): The treatment of social failure. A comparison of anxiety-reduction and skills-acquisition procedure on two social problems. Behav. Mod., 2, 41-60.

TURNER, S.M. (1984): Behavioral theories and treatment of anxiety disorders. Plenum Press, New York.

TURNER, S.M., MELES, D. y DITOMASO, R. (1983). Assessment of social anxiety: A controlled comparison among social phobics, obsessive-compulsives, agoraphobics, sexual disorders and simple phobics. Behaviour Research and Therapy, 21, 181-183.

TWENTYMAN, C.T. & MC FALL; R.M. (1975): Behavioral training of social skills in shy men. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 384-395.

ULLMAN, L.P. y KRASNER, L. (1969): A psychological approach to abnormal behavior, Prentice hall intern. Englewood cliffs, New Jersey.

ULRICH, R.E., STACHNIK, T.J. y STANTON, W.R. (1963): Student acceptance of generalized personality interpretations. Psychological Reports, 13, 831-834.

URRACA, S. (1981): Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad. Tesis doctoral. Fac. Psicología, U.C.M.

VANDERWOLF, C.H. y ROBINSON, T.E. (1981): Reticulo-cortical activity and behavior: a critique of the arousal theory and new synthesis, The Behavioral and Brain Sciences, 4, 459-514.

VILA, J. (1984): Técnicas de reducción de ansiedad. En Mayor, J. y Labrador F.J. (eds.): Manual de modificación de conducta. Alhambra, Madrid.

VILA, J. (1985): Psicofisiología de los estados emocionales y procesos cognitivos. En Mayor, J. (Ed.): Actividad humana y procesos cognitivos. Alhambra. Madrid, pp. 283-295.

WALK, R.D. (1956): Self-ratings of fear in a fear-invoking situation. Journal of Abnormal and Social Psychology, 52, 171-178.

WALTON, D. (1960): Strengthening of incompatible reactions and the treatment of a phobic state in a schizophrenic patient. En H.J. Eysenck (dir.) Behaviour Therapy and the neuroses. Pergamon Press, Oxford, 170-180.

WALTON Y MATHER, M.D. (1963): The relevance of generalization techniques to the treatment of stammering and phobic symptoms. Behaviour Research and Therapy, 1, 121-125.

WATSON, D. y FRIEND, R. (1969): Measurement of social-evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 448-457.

WATSON, J.P., GAIND, R., & MARKS, I.M. (1971): Prolonged exposure: A rapid treatment for phobias. British Medical Journal, 1, 13-15

WATSON, J.P., GAIND; R y MARKS, I.M. (1972): Physiological habituation to continuous phobic stimulation. Behaviour Research and Therapy, 10, 269-278.

WATSON, J.P., & MARKS, I.M. (1971): Relevant and irrelevant fear in flooding - a crossover study of phobic patients. Behavior Therapy, 2 275-293.

WATSON, J.B. y RAYNER, R. (1920): Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 3, 1-14.

WEINBERGER, D.A., SCHWARTZ, E y DAVIDSON, R.J. (1979): Low-Axious, Hig-Axious, and Repressive Coping styles: Psychometric Patterns and Behavioral and Physiological Responses to Stress. Journal Abnormal Psychology, 88, 369-380.

WEISS, J.M. (1977): Ulcers. In J.D. Maser and M.E.P. Seligman (Eds.), Psychopathology: Experimental Models. Freeman, San Francisco.

WELSH, G.S. (1956): Factor dimensions A and R. En G.S. Welsch & W.G. Dahlstrom (Eds.) Basic reading on the MMPI. University of Minnesota Press, Minneapolis.

WHITEHEAD, W., ROBINSON, A., BLACKWELL, B., y STUTZ, R. (1978): Flooding treatment for phobias: Does chronic diazepam increase effectiveness? Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 9, 219-226.

WIESELBERG, N., DICKMAN, J.M. y ABRAMOWITZ, S.I. (1979): The desensitization derby: In vivo down the backstretch, imaginal at the wire. Journal of Clinical Psychology, 35, 647-650.

WILLIS, R.W. & EDWARDS, J.A. (1969): A study of the comparative effectiveness of systematic desensitization and implosive therapy. Behaviour Research and Therapy, 7, 387-395.

WYSS, D. (1975): Las escuelas de psicología profunda. Gredos, Madrid.

WOLPE, J. (1958): Psychotherapy by reciprocal inhibition, Stanford University Press, California. (Traducción castellana: Psicoterapia por inhibición recíproca, Derclée de Browwer, Bilbao, 1975).

WOLPE, J. (1962): Isolation of a conditioning procedure as the crucial psychotherapeutic factor: a case study. Journal of Nervous and Mental Diseases, 134, 316-329.



WOLPE, J. (1969): The practice of behavior therapy. Pergamon Press. New York.

WOLPE, J. (1973): The practice of behavior therapy. (2nd ed). Pergamon Press. New York.

WOLPE, J. (1977): Inadequate behavior analysis: The Achilles'heel of outcome research in behavior therapy. Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry, 8, 1-3.

WOLPE, J. y LANG, P.J. (1969): A Fear survey schedule for use in behavior therapy. Behaviour Research and Therapy, 2, 27-30.

WOLPIN y PEARSALL, L. (1965): Rapid deconditioning of fear of snakes. Behaviour Research and Therapy, 3, 107-111

WOOLFOLK, R.L., LEHRER, P., MC CANN, B.S. y ROONEY, J. (1982): Effects of progressive relaxation and Medication on cognitive and somatic Manifestations of Daily stress. Behaviour Research and Therapy, 20, 461-467.

WOY, J.R. y EFRAN, J.S. (1972): Systematic desensitization an expectancy in the treatment of speaking anxiety. Behaviour Research and Therapy, 10, 43-50.

YATES, A.J. (1970): Behavior Therapy, J. Wiley of Sons, New York. (Existe traducción, Terapia del comportamiento, Trillas, Mexico, 1973).

YERKES, R.M. y DODSON, J.D. (1908): The relation of strenghtof stimulus to rapidity of habit-formation, Journal of Comparative Neurological Psychology, 18, 458-482.

YULE, W., & FERNANDO, P. (1980): Blood phobia-beware. Behaviour Research and Therapy, 18, 587-590.

ZITRIN, C.M., KLEIN, D.F., & WOERNER, M.G.(1980): Treatment of agoraphobia with group exposure 'in vivo' and imipramine. Archives of General Psychiatry, 37, 63-72.

ZUNG, W.W.K. (1971): A rating instruments for anxiety disorders. Psychosomatics, 12, 371-379.

ZURILLA De, T.J., WILSON, G.T. y NELSON, R.O. (1973): A preliminary study of effectiveness of graduated, prolonged exposure in the treatment of irrational fear. Behavior Therapy, 4, 672-685.



ANEXO

TABLAS DE PUNTUACIONES CENTILES Y TIPICAS DEL I.S.R.A.



# INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.)

490

C

Apellidos:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Fecha:

**Instrucciones:** Este inventario consta de 23 situaciones y de un cierto número de respuestas que cada persona puede manifestar con mayor o menor frecuencia en dichas situaciones. Su tarea consiste en evaluar de 0 a 4, según la escala adjunta, la frecuencia con que vd. manifiesta cada respuesta en cada situación. Por ej., lee la situación 1 y la respuesta 1, consulte la escala (casi nunca; pocas veces; etc.) y decida qué número poner en la casilla correspondiente (intersección de fila 1 y columna 1).

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

RESPUESTAS

1. Me preocupa fácilmente
2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, los demás, "lo que va a pasar", etc.
3. Me siento inseguro de mí mismo.
4. Soy demasiado cauteloso o temeroso al lidiar con las cosas.
5. Siento miedo.
6. Me cuesta concentrarme.
7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

NO CONTESTE EN LOS ESPACIOS SOMBRADOS, UTILICE ÚNICAMENTE LOS ESPACIOS EN BLANCO.

Sería deseable que tratara de precisar más

ES

SITUACIONES

1. Antes de examinar a alguien que me gusta mucho, o al voy a ser entrevistado para un trabajo importante.
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.
5. En mi trabajo o cuando estudio.
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.
8. Cuando alguien se molesta o cuando discuto.
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.
10. Si tengo que hablar en público.
11. Cuando pienso en experiencias desagradables en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.
13. Después de haber cometido algún error.
14. Ante la conducta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.
16. Cuando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros.
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.
20. Al observar escenas violentas.
21. Por nada en concreto.
22. A la hora de dormir.
23. Escrito una situación en la que vd. manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.

SR

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

TOTAL

19h

## INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.)

F

Apellidos:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Fecha:

**Instrucciones:** Este inventario consta de 23 situaciones y de un cierto número de respuestas que cada persona puede manifestar con mayor o menor frecuencia en dichas situaciones. Su tarea consiste en evaluar de 0 a 4, según la escala adjunta, la frecuencia con que vd. manifiesta cada respuesta en cada situación. Por ej., lee la situación 1 y la respuesta 1, consulte la escala (casi nunca); pocas veces; etc.) y decida qué número poner en la casilla correspondiente (intersección de fila 1 y columna 1).

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI
3	OTRAS VECES NO
4	MUCHAS VECES
5	CASI SIEMPRE

RESPUESTAS

NO CONTESTE EN LOS ESPACIOS  
SOMBREADOS. UTILICE UNICAMENTE  
LOS ESPACIOS EN BLANCO.

Sería deseable  
que tratara de  
precisar más

2

SITUACIONES

1. Ante un examen en el que se juega mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.
5. En el trabajo o cuando estudio.
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.
8. Cuando alguien se molesta o cuando discuto.
9. Cuando soy observado o si trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.
10. Si tengo que hablar en público.
11. Cuando pienso en experiencias vergonzosas en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.
13. Después de haber cometido algún error.
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangría.
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.
16. Cuando pienso en el futuro o en dificultades y problemas futuros.
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.
20. Al observar escenas violentas.
21. Por nada en concreto.
22. A la hora de dormir.
23. Escriba una situación en la que vd. manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.

ER

101

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO.

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (I.S.R.A.)

195

M

Apellidos: Instrucciones: Este inventario consta de 25 situaciones y de un abanico número de respuestas que cada persona puede manifestar con mayor o menor frecuencia en dichas situaciones. Su tarea consiste en evaluar de 0 a 4, según la escala adjunta, la frecuencia con que voi. manifiesta cada respuesta en cada situación. Por ej., lee la situación 1 y la respuesta 1, consulte la escala (casi nunca; pocas veces; etc.) y decida qué número poner en la casilla correspondiente (intersección de fila 1 y columna 1).

Nombre: Edad: Sexo: Ocupación: Fecha:

SITUACIONES	RESPUESTAS					Sería deseable que tratara de precisar más	25
	0 CASI NUNCA	1 POCAS VECES	2 UNAS VECES SEMANA	3 OTRAS VECES MAS	4 MUCHAS VECES		
1. Ante la idea de ir a un trabajo nuevo, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.							
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.							
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.							
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.							
5. En el trabajo o cuando estudio.							
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.							
7. Si una persona extraño toca mi cuerpo cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.							
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.							
9. Cuando soy observado o si trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.							
10. Si tengo que hablar en público.							
11. Cuando pienso en las experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, ofendido, humillado, solo o rechazado.							
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.							
13. Después de haber cometido algún error.							
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, los herpes o la sangre.							
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.							
16. Cuando pienso en el futuro y en dificultades y problemas futuros.							
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.							
18. Cuando tengo que salir a una reunión social o conocer gente nueva.							
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.							
20. Al observar escenas violentas.							
21. Por nada en concreto.							
22. A la hora de dormir.							
23. Escucha un silencio en la que yo manifieste frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.							
ER							

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO



PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M. y TOTAL  
EN LA MUESTRA TOTAL (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 303

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 163 |

| 95 | 148 |

| 90 | 136 |

| 85 | 129 |

| 80 | 118 |

| 75 | 113 |

| 70 | 107 |

| 65 | 100 |

| 60 | 95 |

| 55 | 90 |

| 50 | 85 |

| 45 | 81 |

| 40 | 78 |

| 35 | 73 |

| 30 | 68 |

| 25 | 63 |

| 20 | 57 |

| 15 | 49 |

| 10 | 44 |

| 5 | 34 |

## V= 8 FISIOLÓGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 303

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 148 |

| 95 | 112 |

| 90 | 96 |

| 85 | 84 |

| 80 | 76 |

| 75 | 70 |

| 70 | 63 |

| 65 | 58 |

| 60 | 52 |

| 55 | 50 |

| 50 | 47 |

| 45 | 43 |

| 40 | 38 |

| 35 | 35 |

| 30 | 32 |

| 25 | 29 |

| 20 | 25 |

| 15 | 19 |

| 10 | 14 |

| 5 | 9 |

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., y TOTAL  
EN LA MUESTRA TOTAL (II)

V= 9 MCTCA

MUESTRA CON LA N= 383

P. CENTIL	P. DIRECTA
95	154
90	121
85	106
80	96
75	89
70	82
65	77
60	71
55	66
50	63
45	60
40	55
35	49
30	45
25	41
20	36
15	34
10	29
5	24
	17

V=10 TOTAL ISFA

MUESTRA CON LA N= 383

P. CENTIL	P. DIRECTA
95	483
90	351
85	310
80	292
75	273
70	250
65	236
60	225
55	213
50	204
45	196
40	187
35	181
30	167
25	152
20	139
15	129
10	111
5	95
	66

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA TOTAL (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 383

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 215 - 217 |

| 49 | 208 - 212 |

| 48 | 203 - 207 |

| 47 | 198 - 202 |

| 46 | 193 - 197 |

| 45 | 188 - 192 |

| 44 | 183 - 187 |

| 43 | 178 - 182 |

| 42 | 173 - 177 |

| 41 | 168 - 172 |

| 40 | 163 - 167 |

| 39 | 158 - 162 |

| 38 | 153 - 157 |

| 37 | 148 - 152 |

| 36 | 143 - 147 |

| 35 | 138 - 142 |

| 34 | 133 - 137 |

| 33 | 128 - 132 |

| 32 | 123 - 127 |

| 31 | 118 - 122 |

| 30 | 113 - 117 |

| 29 | 108 - 112 |

| 28 | 103 - 107 |

| 27 | 98 - 102 |

## V= 8 FISICLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 383

P. TIPICA F. DIRECTA

=====

| 50 | 167 - 171 |

| 49 | 162 - 166 |

| 48 | 158 - 161 |

| 47 | 153 - 157 |

| 46 | 148 - 152 |

| 45 | 144 - 147 |

| 44 | 139 - 143 |

| 43 | 135 - 138 |

| 42 | 130 - 134 |

| 41 | 125 - 129 |

| 40 | 121 - 124 |

| 39 | 116 - 120 |

| 38 | 111 - 115 |

| 37 | 107 - 110 |

| 36 | 102 - 106 |

| 35 | 98 - 101 |

| 34 | 93 - 97 |

| 33 | 88 - 92 |

| 32 | 84 - 87 |

| 31 | 79 - 83 |

| 30 | 74 - 78 |

| 29 | 70 - 73 |

| 28 | 65 - 69 |

| 27 | 61 - 64 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA TOTAL (II)

V= 9 MGTCR

=====

MUESTRA CON UN N= 383

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 179 - 183 |

| 49 | 174 - 178 |

| 48 | 170 - 173 |

| 47 | 165 - 169 |

| 46 | 160 - 164 |

| 45 | 156 - 159 |

| 44 | 151 - 155 |

| 43 | 146 - 150 |

| 42 | 142 - 145 |

| 41 | 137 - 141 |

| 40 | 132 - 136 |

| 39 | 128 - 131 |

| 38 | 123 - 127 |

| 37 | 118 - 122 |

| 36 | 114 - 117 |

| 35 | 109 - 113 |

| 34 | 104 - 108 |

| 33 | 100 - 103 |

| 32 | 95 - 99 |

| 31 | 90 - 94 |

| 30 | 85 - 89 |

| 29 | 81 - 84 |

| 28 | 76 - 80 |

| 27 | 71 - 75 |

V=10 TOTAL ISRA

=====

MUESTRA CON UN N= 383

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 512 - 524 |

| 49 | 500 - 511 |

| 48 | 488 - 499 |

| 47 | 475 - 487 |

| 46 | 463 - 474 |

| 45 | 450 - 462 |

| 44 | 438 - 449 |

| 43 | 426 - 437 |

| 42 | 413 - 425 |

| 41 | 401 - 412 |

| 40 | 388 - 400 |

| 39 | 376 - 387 |

| 38 | 364 - 375 |

| 37 | 351 - 363 |

| 36 | 339 - 350 |

| 35 | 326 - 338 |

| 34 | 314 - 325 |

| 33 | 302 - 313 |

| 32 | 289 - 301 |

| 31 | 277 - 288 |

| 30 | 264 - 276 |

| 29 | 252 - 263 |

| 28 | 240 - 251 |

| 27 | 227 - 239 |

PUNTUACIONES TÍPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA TOTAL (III)

COGNITIVO				FISIOLÓGICO			
	26		95 - 97		26		56 - 60
	25		88 - 92		25		51 - 55
	24		83 - 87		24		47 - 50
	23		76 - 82		23		42 - 46
	22		73 - 77		22		37 - 41
	21		66 - 72		21		33 - 36
	20		63 - 67		20		28 - 32
	19		56 - 62		19		24 - 27
	18		53 - 57		18		19 - 23
	17		46 - 52		17		14 - 18
	16		43 - 47		16		10 - 13
	15		36 - 42		15		5 - 9
	14		33 - 37		14		0 - 4
	13		26 - 32		13		-
	12		23 - 27		12		-
	11		16 - 22		11		-
	10		13 - 17		10		-
	9		6 - 12		9		-
	8		3 - 7		8		-
	7		0 - 2		7		-
	6		-		6		-
	5		-		5		-
	4		-		4		-
	3		-		3		-
	2		-		2		-
	1		-		1		-
	0		0		0		0

PUNTUACIONES TÍPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA TOTAL (IV)

MOTOR	TOTAL
26   67 - 70	26   215 - 226
25   62 - 66	25   202 - 214
24   57 - 61	24   190 - 201
23   53 - 56	23   178 - 189
22   48 - 52	22   165 - 177
21   43 - 47	21   153 - 164
20   39 - 42	20   140 - 152
19   34 - 38	19   128 - 139
18   29 - 33	18   116 - 127
17   25 - 28	17   103 - 115
16   20 - 24	16   91 - 102
15   15 - 19	15   78 - 90
14   11 - 14	14   66 - 77
13   6 - 10	13   54 - 65
12   1 - 5	12   41 - 53
11   -	11   29 - 40
10   -	10   17 - 28
9   -	9   4 - 16
8   -	8   0 - 3
7   -	7   -
6   -	6   -
5   -	5   -
4   -	4   -
3   -	3   -
2   -	2   -
1   -	1   -
C   0	C   C

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
VARONES DE LA MUESTRA TOTAL (I)

SUBGRUPO: VARONES  
 =====

V= 7 COGNITIVO  
 =====

MUESTRA CON UN N= 140

P. CENTIL	P. DIRECTA
99	154
95	133
90	118
85	108
80	100
75	95
70	91
65	87
60	83
55	79
50	73
45	71
40	68
35	64
30	60
25	55
20	48
15	44
10	38
5	29

V= 8 FISIOLOGICO  
 =====

MUESTRA CON UN N= 140

P. CENTIL	P. DIRECTA
99	118
95	96
90	87
85	74
80	61
75	55
70	52
65	48
60	45
55	40
50	37
45	33
40	30
35	27
30	25
25	22
20	19
15	14
10	10
5	8

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN VARO-  
RONES DE LA MUESTRA TOTAL (II)

V= 9 MCTCR

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON UN N= 140

P. CENTIL P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 99 | 139 |

| 95 | 112 |

| 90 | 106 |

| 85 | 94 |

| 80 | 87 |

| 75 | 82 |

| 70 | 74 |

| 65 | 66 |

| 60 | 63 |

| 55 | 60 |

| 50 | 53 |

| 45 | 47 |

| 40 | 42 |

| 35 | 38 |

| 30 | 35 |

| 25 | 32 |

| 20 | 29 |

| 15 | 25 |

| 10 | 18 |

| 5 | 13 |

V=10 TOTAL ISRA

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON UN N= 140

P. CENTIL P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 99 | 290 |

| 95 | 224 |

| 90 | 289 |

| 85 | 258 |

| 80 | 228 |

| 75 | 222 |

| 70 | 210 |

| 65 | 197 |

| 60 | 195 |

| 55 | 185 |

| 50 | 177 |

| 45 | 164 |

| 40 | 151 |

| 35 | 135 |

| 30 | 127 |

| 25 | 113 |

| 20 | 104 |

| 15 | 93 |

| 10 | 72 |

| 5 | 64 |



PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
VARONES DE LA MUESTRA TOTAL (I)

V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 140

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 190 - 193 |

| 49 | 189 - 189 |

| 48 | 188 - 188 |

| 47 | 187 - 187 |

| 46 | 186 - 186 |

| 45 | 185 - 185 |

| 44 | 184 - 184 |

| 43 | 183 - 183 |

| 42 | 182 - 182 |

| 41 | 181 - 181 |

| 40 | 180 - 180 |

| 39 | 179 - 179 |

| 38 | 178 - 178 |

| 37 | 177 - 177 |

| 36 | 176 - 176 |

| 35 | 175 - 175 |

| 34 | 174 - 174 |

| 33 | 173 - 173 |

| 32 | 172 - 172 |

| 31 | 171 - 171 |

| 30 | 170 - 170 |

| 29 | 169 - 169 |

| 28 | 168 - 168 |

| 27 | 167 - 167 |

V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 140

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 146 - 150 |

| 49 | 142 - 145 |

| 48 | 138 - 141 |

| 47 | 134 - 137 |

| 46 | 130 - 133 |

| 45 | 126 - 129 |

| 44 | 122 - 125 |

| 43 | 117 - 121 |

| 42 | 113 - 116 |

| 41 | 109 - 112 |

| 40 | 105 - 108 |

| 39 | 101 - 104 |

| 38 | 97 - 100 |

| 37 | 92 - 96 |

| 36 | 88 - 91 |

| 35 | 84 - 87 |

| 34 | 80 - 83 |

| 33 | 76 - 79 |

| 32 | 72 - 75 |

| 31 | 68 - 71 |

| 30 | 63 - 67 |

| 29 | 59 - 62 |

| 28 | 55 - 58 |

| 27 | 51 - 54 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
VARONES DE LA MUESTRA TOTAL (II)

V= 9 MCTCR

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON UN N= 140

P. TIPICA P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 50 | 175 - 178 |

| 49 | 170 - 174 |

| 48 | 165 - 169 |

| 47 | 161 - 164 |

| 46 | 156 - 160 |

| 45 | 151 - 155 |

| 44 | 147 - 150 |

| 43 | 142 - 146 |

| 42 | 137 - 141 |

| 41 | 133 - 136 |

| 40 | 128 - 132 |

| 39 | 123 - 127 |

| 38 | 119 - 122 |

| 37 | 114 - 118 |

| 36 | 109 - 113 |

| 35 | 105 - 108 |

| 34 | 100 - 104 |

| 33 | 95 - 99 |

| 32 | 91 - 94 |

| 31 | 86 - 90 |

| 30 | 81 - 85 |

| 29 | 76 - 80 |

| 28 | 72 - 75 |

| 27 | 67 - 71 |

V=10 TOTAL ISRA

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON UN N= 140

P. TIPICA P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 50 | 472 - 483 |

| 49 | 461 - 471 |

| 48 | 449 - 460 |

| 47 | 437 - 448 |

| 46 | 425 - 436 |

| 45 | 414 - 424 |

| 44 | 402 - 413 |

| 43 | 390 - 401 |

| 42 | 378 - 389 |

| 41 | 367 - 377 |

| 40 | 355 - 366 |

| 39 | 343 - 354 |

| 38 | 331 - 342 |

| 37 | 320 - 330 |

| 36 | 308 - 319 |

| 35 | 296 - 307 |

| 34 | 284 - 295 |

| 33 | 272 - 283 |

| 32 | 261 - 272 |

| 31 | 249 - 260 |

| 30 | 237 - 248 |

| 29 | 226 - 236 |

| 28 | 214 - 225 |

| 27 | 202 - 213 |

PUNTUACIONES TÍPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
VARONES DE LA MUESTRA TOTAL (III)

COGNITIVO			FISIOLÓGICO		
26	92 -	83	26	47 -	50
25	77 -	81	25	43 -	46
24	73 -	70	24	39 -	42
23	60 -	72	23	34 -	38
22	63 -	67	22	30 -	33
21	59 -	62	21	26 -	29
20	54 -	53	20	22 -	25
19	50 -	53	19	18 -	21
18	45 -	49	18	14 -	17
17	41 -	44	17	9 -	13
16	36 -	43	16	5 -	8
15	32 -	35	15	1 -	4
14	27 -	31	14	-	
13	23 -	26	13	-	
12	18 -	22	12	-	
11	14 -	17	11	-	
10	9 -	13	10	-	
9	5 -	8	9	-	
8	0 -	4	8	-	
7	-		7	-	
6	-		6	-	
5	-		5	-	
4	-		4	-	
3	-		3	-	
2	-		2	-	
1	-		1	-	
0	0		0	0	

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
VARONES DE LA MUESTRA TOTAL (IV)

MOTOR	TOTAL
26   62 - 66	26   190 - 201
25   58 - 61	25   178 - 189
24   53 - 57	24   167 - 177
23   48 - 52	23   155 - 166
22   44 - 47	22   143 - 154
21   39 - 43	21   131 - 142
20   34 - 38	20   120 - 130
19   30 - 33	19   108 - 119
18   25 - 29	18   96 - 107
17   20 - 24	17   84 - 95
16   16 - 19	16   72 - 83
15   11 - 15	15   61 - 72
14   6 - 10	14   49 - 60
13   2 - 5	13   37 - 48
12   0 - 1	12   26 - 36
11   -	11   14 - 25
10   -	10   2 - 13
9   -	9   0 - 1
8   -	8   -
7   -	7   -
6   -	6   -
5   -	5   -
4   -	4   -
3   -	3   -
2   -	2   -
1   -	1   -
0   0	0   0

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
MUJERES DE LA MUESTRA TOTAL (I)

V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 243

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 153 |

| 95 | 151 |

| 90 | 141 |

| 85 | 133 |

| 80 | 127 |

| 75 | 120 |

| 70 | 114 |

| 65 | 110 |

| 60 | 105 |

| 55 | 98 |

| 50 | 92 |

| 45 | 87 |

| 40 | 82 |

| 35 | 80 |

| 30 | 76 |

| 25 | 70 |

| 20 | 62 |

| 15 | 56 |

| 10 | 47 |

| 5 | 37 |

V= 8 FISICOLÓGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 243

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 148 |

| 95 | 121 |

| 90 | 101 |

| 85 | 89 |

| 80 | 79 |

| 75 | 74 |

| 70 | 70 |

| 65 | 64 |

| 60 | 59 |

| 55 | 53 |

| 50 | 51 |

| 45 | 48 |

| 40 | 44 |

| 35 | 40 |

| 30 | 36 |

| 25 | 34 |

| 20 | 30 |

| 15 | 25 |

| 10 | 17 |

| 5 | 11 |

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
MUJERES DE LA MUESTRA TOTAL (II)

V= 9 MCTCR

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON UN N= 243

P. CENTIL P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 99 | 161 |

| 95 | 121 |

| 90 | 108 |

| 85 | 98 |

| 80 | 89 |

| 75 | 82 |

| 70 | 77 |

| 65 | 73 |

| 60 | 69 |

| 55 | 64 |

| 50 | 62 |

| 45 | 59 |

| 40 | 53 |

| 35 | 46 |

| 30 | 45 |

| 25 | 41 |

| 20 | 36 |

| 15 | 34 |

| 10 | 28 |

| 5 | 18 |

V=10 TOTAL ISRA

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON UN N= 243

P. CENTIL P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 99 | 484 |

| 95 | 355 |

| 90 | 316 |

| 85 | 300 |

| 80 | 285 |

| 75 | 272 |

| 70 | 249 |

| 65 | 235 |

| 60 | 229 |

| 55 | 215 |

| 50 | 209 |

| 45 | 199 |

| 40 | 192 |

| 35 | 182 |

| 30 | 169 |

| 25 | 155 |

| 20 | 148 |

| 15 | 133 |

| 10 | 112 |

| 5 | 79 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
MUJERES DE LA MUESTRA TOTAL (I)

V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 243

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 220 - 224 |

| 49 | 215 - 219 |

| 48 | 210 - 214 |

| 47 | 205 - 209 |

| 46 | 200 - 204 |

| 45 | 195 - 199 |

| 44 | 190 - 194 |

| 43 | 185 - 189 |

| 42 | 180 - 184 |

| 41 | 175 - 179 |

| 40 | 170 - 174 |

| 39 | 165 - 169 |

| 38 | 160 - 164 |

| 37 | 155 - 159 |

| 36 | 150 - 154 |

| 35 | 145 - 149 |

| 34 | 140 - 144 |

| 33 | 135 - 139 |

| 32 | 130 - 134 |

| 31 | 125 - 129 |

| 30 | 119 - 124 |

| 29 | 114 - 118 |

| 28 | 109 - 113 |

| 27 | 104 - 108 |

V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 243

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 175 - 178 |

| 49 | 170 - 174 |

| 48 | 165 - 169 |

| 47 | 161 - 164 |

| 46 | 156 - 160 |

| 45 | 151 - 155 |

| 44 | 146 - 150 |

| 43 | 142 - 145 |

| 42 | 137 - 141 |

| 41 | 132 - 136 |

| 40 | 127 - 131 |

| 39 | 123 - 126 |

| 38 | 118 - 122 |

| 37 | 113 - 117 |

| 36 | 108 - 112 |

| 35 | 104 - 107 |

| 34 | 99 - 103 |

| 33 | 94 - 98 |

| 32 | 89 - 93 |

| 31 | 85 - 88 |

| 30 | 80 - 84 |

| 29 | 75 - 79 |

| 28 | 71 - 74 |

| 27 | 66 - 70 |

## PUNTUACIONES TÍPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN

## MUJERES DE LA MUESTRA TOTAL (II)

## V= 9 MOTOR

\*\*\*\*\*

## MUESTRA CON UN N= 243

P. TÍPICA P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 50 | 181 - 184 |

| 49 | 176 - 180 |

| 48 | 171 - 175 |

| 47 | 167 - 170 |

| 46 | 162 - 166 |

| 45 | 157 - 161 |

| 44 | 153 - 156 |

| 43 | 148 - 152 |

| 42 | 143 - 147 |

| 41 | 139 - 142 |

| 40 | 134 - 138 |

| 39 | 130 - 123 |

| 38 | 125 - 129 |

| 37 | 120 - 124 |

| 36 | 116 - 119 |

| 35 | 111 - 115 |

| 34 | 106 - 110 |

| 33 | 102 - 105 |

| 32 | 97 - 101 |

| 31 | 92 - 96 |

| 30 | 88 - 91 |

| 29 | 83 - 87 |

| 28 | 79 - 82 |

| 27 | 74 - 78 |

## V=10 TOTAL ISRA

\*\*\*\*\*

## MUESTRA CON UN N= 243

P. TÍPICA P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 50 | 524 - 536 |

| 49 | 512 - 523 |

| 48 | 500 - 511 |

| 47 | 487 - 499 |

| 46 | 475 - 486 |

| 45 | 463 - 474 |

| 44 | 450 - 462 |

| 43 | 438 - 449 |

| 42 | 426 - 437 |

| 41 | 413 - 425 |

| 40 | 401 - 412 |

| 39 | 389 - 400 |

| 38 | 376 - 388 |

| 37 | 364 - 375 |

| 36 | 352 - 363 |

| 35 | 339 - 351 |

| 34 | 327 - 338 |

| 33 | 315 - 326 |

| 32 | 302 - 314 |

| 31 | 290 - 301 |

| 30 | 278 - 289 |

| 29 | 266 - 277 |

| 28 | 253 - 265 |

| 27 | 241 - 252 |



PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN MUJERES DE LA MUESTRA TOTAL (III)

COGNITIVO			FISIOLOGICO		
26	99 - 103		26	61 - 65	
25	94 - 98		25	56 - 60	
24	89 - 93		24	52 - 55	
23	84 - 88		23	47 - 51	
22	79 - 83		22	42 - 46	
21	74 - 78		21	37 - 41	
20	69 - 73		20	33 - 36	
19	64 - 68		19	28 - 32	
18	59 - 63		18	23 - 27	
17	54 - 58		17	18 - 22	
16	49 - 53		16	14 - 17	
15	44 - 48		15	9 - 13	
14	39 - 43		14	4 - 8	
13	34 - 38		13	0 - 3	
12	29 - 33		12	-	
11	24 - 28		11	-	
10	19 - 23		10	-	
9	14 - 18		9	-	
8	9 - 13		8	-	
7	4 - 8		7	-	
6	0 - 3		6	-	
5	-		5	-	
4	-		4	-	
3	-		3	-	
2	-		2	-	
1	-		1	-	
0	0		0	0	

PUNTUACIONES TÍPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN MUESTRAS DE LA MUESTRA TOTAL (IV)

MOTOR			TOTAL		
26	69 -	73	26	229 -	240
25	65 -	68	25	216 -	228
24	60 -	64	24	204 -	215
23	55 -	59	23	192 -	203
22	51 -	54	22	179 -	191
21	46 -	50	21	167 -	178
20	41 -	45	20	155 -	166
19	37 -	40	19	142 -	154
18	32 -	36	18	130 -	141
17	28 -	31	17	118 -	129
16	23 -	27	16	105 -	117
15	18 -	22	15	93 -	104
14	14 -	17	14	81 -	92
13	9 -	13	13	68 -	80
12	4 -	8	12	56 -	67
11	0 -	3	11	44 -	55
10	-		10	31 -	43
9	-		9	19 -	30
8	-		8	7 -	16
7	-		7	0 -	6
6	-		6	-	
5	-		5	-	
4	-		4	-	
3	-		3	-	
2	-		2	-	
1	-		1	-	
0	0		0	0	

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA NORMAL (I)

V= 7 LOGICA I.I.V.

=====

MUESTRA CON UN N= 230

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 145 |

| 95 | 129 |

| 90 | 118 |

| 85 | 106 |

| 80 | 100 |

| 75 | 94 |

| 70 | 88 |

| 65 | 84 |

| 60 | 80 |

| 55 | 78 |

| 50 | 75 |

| 45 | 71 |

| 40 | 68 |

| 35 | 63 |

| 30 | 57 |

| 25 | 52 |

| 20 | 47 |

| 15 | 43 |

| 10 | 37 |

| 5 | 29 |

V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 230

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 108 |

| 95 | 88 |

| 90 | 72 |

| 85 | 65 |

| 80 | 55 |

| 75 | 52 |

| 70 | 49 |

| 65 | 46 |

| 60 | 43 |

| 55 | 39 |

| 50 | 36 |

| 45 | 33 |

| 40 | 30 |

| 35 | 27 |

| 30 | 25 |

| 25 | 20 |

| 20 | 17 |

| 15 | 14 |

| 10 | 10 |

| 5 | 7 |

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA NORMAL (II)

V= 9 MOTOR

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON LN N= 230

P. CENTIL P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 99 | 123 |

| 95 | 103 |

| 90 | 91 |

| 85 | 83 |

| 80 | 77 |

| 75 | 69 |

| 70 | 66 |

| 65 | 63 |

| 60 | 61 |

| 55 | 53 |

| 50 | 48 |

| 45 | 45 |

| 40 | 43 |

| 35 | 39 |

| 30 | 35 |

| 25 | 32 |

| 20 | 29 |

| 15 | 24 |

| 10 | 18 |

| 5 | 13 |

V=10 TOTAL ISFA

\*\*\*\*\*

MUESTRA CCA CP P= 230

P. CENTIL P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 99 | 139 |

| 95 | 128 |

| 90 | 124 |

| 85 | 122 |

| 80 | 122 |

| 75 | 110 |

| 70 | 109 |

| 65 | 102 |

| 60 | 104 |

| 55 | 107 |

| 50 | 104 |

| 45 | 100 |

| 40 | 100 |

| 35 | 107 |

| 30 | 129 |

| 25 | 116 |

| 20 | 102 |

| 15 | 89 |

| 10 | 70 |

| 5 | 61 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA NORMAL. (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 230

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 182 - 185 |

| 49 | 177 - 181 |

| 48 | 172 - 175 |

| 47 | 167 - 172 |

| 46 | 162 - 168 |

| 45 | 157 - 164 |

| 44 | 152 - 159 |

| 43 | 147 - 153 |

| 42 | 142 - 151 |

| 41 | 137 - 147 |

| 40 | 132 - 142 |

| 39 | 127 - 138 |

| 38 | 122 - 134 |

| 37 | 117 - 129 |

| 36 | 112 - 125 |

| 35 | 107 - 121 |

| 34 | 102 - 117 |

| 33 | 97 - 112 |

| 32 | 92 - 108 |

| 31 | 87 - 104 |

| 30 | 82 - 99 |

| 29 | 77 - 95 |

| 28 | 72 - 91 |

| 27 | 67 - 87 |

## V= 8 FISICOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 230

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 130 - 133 |

| 49 | 127 - 129 |

| 48 | 123 - 126 |

| 47 | 119 - 122 |

| 46 | 116 - 118 |

| 45 | 112 - 115 |

| 44 | 108 - 111 |

| 43 | 105 - 107 |

| 42 | 101 - 104 |

| 41 | 97 - 100 |

| 40 | 94 - 96 |

| 39 | 90 - 93 |

| 38 | 87 - 89 |

| 37 | 83 - 86 |

| 36 | 79 - 82 |

| 35 | 76 - 78 |

| 34 | 72 - 75 |

| 33 | 68 - 71 |

| 32 | 65 - 67 |

| 31 | 61 - 64 |

| 30 | 58 - 60 |

| 29 | 54 - 57 |

| 28 | 50 - 53 |

| 27 | 47 - 49 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA NORMAL (II)

## V= 9 MOTOR

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON UN N= 230

P. TIPICA P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

50   155 - 158
49   151 - 154
48   147 - 150
47   143 - 146
46   139 - 142
45   135 - 138
44   131 - 134
43   127 - 130
42   123 - 126
41   118 - 122
40   114 - 117
39   110 - 113
38   106 - 109
37   102 - 105
36   98 - 101
35   94 - 97
34   90 - 93
33   86 - 89
32   82 - 85
31   78 - 81
30   74 - 77
29   69 - 73
28   65 - 68
27   61 - 64

## V=10 TOTAL ISFA

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON UN N= 230

P. TIPICA P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

50   425 - 435
49   415 - 424
48   405 - 414
47   395 - 404
46   384 - 394
45   374 - 383
44   364 - 373
43   353 - 363
42   343 - 352
41   333 - 342
40   323 - 332
39   312 - 322
38   302 - 311
37   292 - 301
36   281 - 291
35   271 - 280
34   261 - 270
33   251 - 260
32   240 - 250
31   230 - 239
30   220 - 229
29   209 - 219
28   199 - 208
27   189 - 198

PUNTUACIONES TÍPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA NORMAL (III)

COGNITIVO			FISIOLÓGICO		
26	79 -	82	26	43 -	46
25	75 -	78	25	39 -	42
24	70 -	74	24	36 -	38
23	66 -	69	23	32 -	35
22	62 -	65	22	29 -	31
21	58 -	61	21	25 -	28
20	55 -	57	20	21 -	24
19	49 -	52	19	18 -	20
18	45 -	48	18	14 -	17
17	41 -	44	17	10 -	13
16	36 -	40	16	7 -	9
15	32 -	35	15	3 -	6
14	26 -	31	14	0 -	2
13	23 -	27	13	-	
12	19 -	22	12	-	
11	15 -	18	11	-	
10	11 -	14	10	-	
9	6 -	10	9	-	
8	2 -	5	8	-	
7	0 -	1	7	-	
6	-		6	-	
5	-		5	-	
4	-		4	-	
3	-		3	-	
2	-		2	-	
1	-		1	-	
0	0		0	0	

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA NORMAL (IV)

MOTOR			TOTAL		
26	57 -	60	26	179 -	188
25	53 -	56	25	168 -	178
24	49 -	52	24	158 -	167
23	45 -	48	23	148 -	157
22	41 -	44	22	137 -	147
21	37 -	40	21	127 -	136
20	33 -	36	20	117 -	126
19	29 -	32	19	107 -	116
18	25 -	28	18	96 -	106
17	20 -	24	17	86 -	95
16	16 -	19	16	76 -	85
15	12 -	15	15	65 -	75
14	8 -	11	14	55 -	64
13	4 -	7	13	45 -	54
12	0 -	3	12	35 -	44
11	-		11	24 -	34
10	-		10	14 -	23
9	-		9	4 -	13
8	-		8	0 -	3
7	-		7	-	
6	-		6	-	
5	-		5	-	
4	-		4	-	
3	-		3	-	
2	-		2	-	
1	-		1	-	
0	0		0	0	



PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
VARONES DE LA MUESTRA NORMAL (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 78

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 95 | 122 |

| 95 | 102 |

| 90 | 95 |

| 85 | 90 |

| 80 | 84 |

| 75 | 79 |

| 70 | 74 |

| 65 | 71 |

| 60 | 70 |

| 55 | 68 |

| 50 | 67 |

| 45 | 62 |

| 40 | 58 |

| 35 | 51 |

| 30 | 47 |

| 25 | 44 |

| 20 | 38 |

| 15 | 34 |

| 10 | 29 |

| 5 | 22 |

## V= 8 FISICLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 78

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 95 | 84 |

| 95 | 61 |

| 90 | 53 |

| 85 | 46 |

| 80 | 45 |

| 75 | 40 |

| 70 | 36 |

| 65 | 32 |

| 60 | 30 |

| 55 | 29 |

| 50 | 27 |

| 45 | 25 |

| 40 | 21 |

| 35 | 19 |

| 30 | 17 |

| 25 | 14 |

| 20 | 11 |

| 15 | 9 |

| 10 | 8 |

| 5 | 6 |

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA NORMAL (II)

V= 9 PCTCF

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON LA N= 78

P. CENTIL F. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 55 | 108 |

| 55 | 91 |

| 50 | 82 |

| 45 | 72 |

| 40 | 66 |

| 35 | 63 |

| 30 | 56 |

| 25 | 49 |

| 20 | 44 |

| 15 | 41 |

| 10 | 39 |

| 45 | 36 |

| 40 | 34 |

| 35 | 30 |

| 30 | 29 |

| 25 | 26 |

| 20 | 22 |

| 15 | 18 |

| 10 | 17 |

| 5 | 12 |

V=10 TOTAL ISRA

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON LA N= 78

P. CENTIL F. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 55 | 291 |

| 55 | 248 |

| 50 | 210 |

| 45 | 197 |

| 40 | 192 |

| 35 | 183 |

| 30 | 164 |

| 25 | 160 |

| 20 | 150 |

| 15 | 136 |

| 10 | 136 |

| 45 | 125 |

| 40 | 113 |

| 35 | 101 |

| 30 | 106 |

| 25 | 81 |

| 20 | 77 |

| 15 | 67 |

| 10 | 44 |

| 5 | 56 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA NORMAL (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 78

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 152 - 155 |

| 49 | 149 - 151 |

| 48 | 145 - 148 |

| 47 | 142 - 144 |

| 46 | 138 - 141 |

| 45 | 135 - 137 |

| 44 | 131 - 134 |

| 43 | 128 - 130 |

| 42 | 124 - 127 |

| 41 | 120 - 123 |

| 40 | 117 - 119 |

| 39 | 113 - 116 |

| 38 | 110 - 112 |

| 37 | 106 - 109 |

| 36 | 103 - 105 |

| 35 | 99 - 102 |

| 34 | 96 - 98 |

| 33 | 92 - 95 |

| 32 | 88 - 91 |

| 31 | 85 - 87 |

| 30 | 81 - 84 |

| 29 | 78 - 80 |

| 28 | 74 - 77 |

| 27 | 71 - 73 |

## V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 78

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 95 - 97 |

| 49 | 92 - 94 |

| 48 | 90 - 92 |

| 47 | 87 - 89 |

| 46 | 85 - 86 |

| 45 | 82 - 84 |

| 44 | 79 - 81 |

| 43 | 77 - 78 |

| 42 | 74 - 76 |

| 41 | 72 - 73 |

| 40 | 69 - 71 |

| 39 | 66 - 68 |

| 38 | 64 - 65 |

| 37 | 61 - 63 |

| 36 | 58 - 60 |

| 35 | 56 - 57 |

| 34 | 53 - 55 |

| 33 | 50 - 52 |

| 32 | 48 - 49 |

| 31 | 45 - 47 |

| 30 | 42 - 44 |

| 29 | 40 - 41 |

| 28 | 37 - 39 |

| 27 | 35 - 36 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA NORMAL (II)

V=9 PCTCF

=====

MUESTRA (CA LP N° 76

P. TIPICA F. DIRECTA

=====

| 50 | 137 - 140 |

| 49 | 133 - 126 |

| 48 | 130 - 132 |

| 47 | 126 - 129 |

| 46 | 122 - 125 |

| 45 | 119 - 121 |

| 44 | 115 - 118 |

| 43 | 111 - 114 |

| 42 | 108 - 110 |

| 41 | 104 - 107 |

| 40 | 100 - 103 |

| 39 | 97 - 99 |

| 38 | 93 - 96 |

| 37 | 89 - 92 |

| 36 | 86 - 88 |

| 35 | 82 - 85 |

| 34 | 78 - 81 |

| 33 | 74 - 77 |

| 32 | 71 - 73 |

| 31 | 67 - 70 |

| 30 | 63 - 66 |

| 29 | 60 - 62 |

| 28 | 56 - 59 |

| 27 | 52 - 55 |

V=10 TOTAL ISSA

=====

MUESTRA (CA LP N° 76

P. TIPICA F. DIRECTA

=====

| 50 | 256 - 264 |

| 49 | 247 - 258 |

| 48 | 239 - 261 |

| 47 | 230 - 250 |

| 46 | 221 - 249 |

| 45 | 212 - 220 |

| 44 | 204 - 212 |

| 43 | 195 - 208 |

| 42 | 186 - 194 |

| 41 | 178 - 205 |

| 40 | 169 - 201 |

| 39 | 160 - 200 |

| 38 | 152 - 209 |

| 37 | 143 - 211 |

| 36 | 134 - 212 |

| 35 | 126 - 233 |

| 34 | 117 - 225 |

| 33 | 108 - 216 |

| 32 | 100 - 207 |

| 31 | 191 - 199 |

| 30 | 182 - 180 |

| 29 | 174 - 181 |

| 28 | 165 - 193 |

| 27 | 156 - 184 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA NORMAL (III)

COGNITIVO				FISIOLOGICO			
26	67 -	70		26	32 -	34	
25	64 -	66		25	29 -	31	
24	60 -	63		24	27 -	28	
23	57 -	59		23	24 -	26	
22	53 -	56		22	21 -	23	
21	49 -	52		21	19 -	20	
20	46 -	48		20	16 -	18	
19	42 -	45		19	13 -	15	
18	39 -	41		18	11 -	12	
17	35 -	38		17	8 -	10	
16	32 -	34		16	6 -	7	
15	28 -	31		15	3 -	5	
14	25 -	27		14	0 -	2	
13	21 -	24		13	-		
12	17 -	20		12	-		
11	14 -	16		11	-		
10	10 -	13		10	-		
9	7 -	9		9	-		
8	3 -	6		8	-		
7	0 -	2		7	-		
6	-			6	-		
5	-			5	-		
4	-			4	-		
3	-			3	-		
2	-			2	-		
1	-			1	-		
0	0			0	0		

PUNTUACIONES TÍPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA NORMAL (IV)

MOTOR	TOTAL
26   45 - 51	26   146 - 155
25   42 - 46	25   139 - 147
24   41 - 44	24   130 - 138
23   38 - 40	23   122 - 129
22   34 - 37	22   113 - 121
21   30 - 33	21   104 - 112
20   27 - 29	20   96 - 105
19   23 - 26	19   87 - 99
18   19 - 22	18   78 - 86
17   16 - 18	17   70 - 77
16   12 - 15	16   61 - 69
15   8 - 11	15   52 - 60
14   5 - 7	14   44 - 51
13   1 - 4	13   35 - 43
12   -	12   26 - 34
11   -	11   18 - 25
10   -	10   9 - 17
9   -	9   0 - 8
8   -	8   -
7   -	7   -
6   -	6   -
5   -	5   -
4   -	4   -
3   -	3   -
2   -	2   -
1   -	1   -
0   0	0   -

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA NORMAL (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 152

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 147 |

| 95 | 132 |

| 90 | 125 |

| 85 | 116 |

| 80 | 107 |

| 75 | 101 |

| 70 | 95 |

| 65 | 88 |

| 60 | 85 |

| 55 | 81 |

| 50 | 80 |

| 45 | 77 |

| 40 | 75 |

| 35 | 69 |

| 30 | 65 |

| 25 | 57 |

| 20 | 52 |

| 15 | 47 |

| 10 | 42 |

| 5 | 33 |

## V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 152

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 112 |

| 95 | 98 |

| 90 | 79 |

| 85 | 71 |

| 80 | 65 |

| 75 | 59 |

| 70 | 53 |

| 65 | 50 |

| 60 | 48 |

| 55 | 45 |

| 50 | 41 |

| 45 | 37 |

| 40 | 34 |

| 35 | 32 |

| 30 | 29 |

| 25 | 26 |

| 20 | 21 |

| 15 | 17 |

| 10 | 13 |

| 5 | 7 |

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA NORMAL (II)

V= 9 PCTCH

\*\*\*\*\*

MUESTRA (CON UN N= 152

P. CENTIL F. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 55 | 124 |

| 55 | 105 |

| 50 | 94 |

| 65 | 87 |

| 60 | 81 |

| 75 | 76 |

| 70 | 69 |

| 65 | 64 |

| 60 | 62 |

| 55 | 60 |

| 50 | 55 |

| 45 | 49 |

| 40 | 47 |

| 35 | 45 |

| 30 | 41 |

| 25 | 36 |

| 20 | 32 |

| 15 | 28 |

| 10 | 21 |

| 5 | 16 |

V=10 TOTAL 1564

\*\*\*\*\*

MUESTRA (CON UN N= 152

P. CENTIL F. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 55 | 351 |

| 55 | 302 |

| 50 | 280 |

| 65 | 248 |

| 60 | 230 |

| 75 | 225 |

| 70 | 212 |

| 65 | 203 |

| 60 | 196 |

| 55 | 186 |

| 50 | 182 |

| 45 | 172 |

| 40 | 169 |

| 35 | 152 |

| 30 | 146 |

| 25 | 137 |

| 20 | 126 |

| 15 | 103 |

| 10 | 89 |

| 5 | 63 |



PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA NORMAL (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 152

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 190 - 194 |

| 49 | 186 - 189 |

| 48 | 181 - 185 |

| 47 | 177 - 180 |

| 46 | 173 - 176 |

| 45 | 168 - 172 |

| 44 | 164 - 167 |

| 43 | 160 - 163 |

| 42 | 155 - 159 |

| 41 | 151 - 154 |

| 40 | 146 - 150 |

| 39 | 142 - 145 |

| 38 | 138 - 141 |

| 37 | 133 - 137 |

| 36 | 129 - 132 |

| 35 | 124 - 128 |

| 34 | 120 - 123 |

| 33 | 116 - 119 |

| 32 | 111 - 115 |

| 31 | 107 - 110 |

| 30 | 102 - 106 |

| 29 | 98 - 101 |

| 28 | 94 - 97 |

| 27 | 89 - 93 |

## V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 152

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 141 - 143 |

| 49 | 137 - 140 |

| 48 | 133 - 136 |

| 47 | 129 - 132 |

| 46 | 125 - 128 |

| 45 | 121 - 124 |

| 44 | 118 - 120 |

| 43 | 114 - 117 |

| 42 | 110 - 113 |

| 41 | 106 - 109 |

| 40 | 102 - 105 |

| 39 | 98 - 101 |

| 38 | 94 - 97 |

| 37 | 91 - 93 |

| 36 | 87 - 90 |

| 35 | 83 - 86 |

| 34 | 79 - 82 |

| 33 | 75 - 78 |

| 32 | 71 - 74 |

| 31 | 68 - 70 |

| 30 | 64 - 67 |

| 29 | 60 - 63 |

| 28 | 56 - 59 |

| 27 | 52 - 55 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA NORMAL (II)

N= 5 PCTCF

MUESTRA (CA LI 7) = 152

P. TIPICA F. DIRECTA

I 50   161 - 164
I 49   157 - 160
I 48   152 - 156
I 47   149 - 152
I 46   145 - 148
I 45   140 - 144
I 44   136 - 139
I 43   132 - 135
I 42   128 - 131
I 41   124 - 127
I 40   120 - 123
I 39   115 - 119
I 38   111 - 114
I 37   107 - 110
I 36   103 - 106
I 35   99 - 102
I 34   95 - 98
I 33   91 - 94
I 32   86 - 90
I 31   82 - 85
I 30   78 - 81
I 29   74 - 77
I 28   70 - 73
I 27   66 - 69

N=10 TOTAL 1561

MUESTRA (CA LI 7) = 152

P. TIPICA F. DIRECTA

I 50   442 - 492
I 49   423 - 442
I 48   422 - 432
I 47   412 - 421
I 46   401 - 411
I 45   391 - 400
I 44   381 - 390
I 43   370 - 380
I 42   360 - 369
I 41   349 - 359
I 40   339 - 348
I 39   329 - 338
I 38   318 - 328
I 37   308 - 317
I 36   298 - 307
I 35   287 - 297
I 34   277 - 286
I 33   266 - 276
I 32   256 - 265
I 31   246 - 255
I 30   235 - 245
I 29   225 - 234
I 28   214 - 224
I 27   204 - 213

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., E., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA NORMAL (III)

COGNITIVO			FISIOLOGICO		
26	85 -	88	26	48 -	51
25	80 -	84	25	45 -	47
24	76 -	79	24	41 -	44
23	72 -	75	23	37 -	40
22	67 -	71	22	33 -	36
21	63 -	66	21	29 -	32
20	58 -	62	20	25 -	28
19	54 -	57	19	22 -	24
18	50 -	53	18	18 -	21
17	45 -	49	17	14 -	17
16	41 -	44	16	10 -	13
15	37 -	40	15	6 -	9
14	32 -	36	14	2 -	5
13	28 -	31	13	0 -	1
12	23 -	27	12	-	
11	19 -	22	11	-	
10	15 -	18	10	-	
9	10 -	14	9	-	
8	6 -	9	8	-	
7	1 -	5	7	-	
6	-		6	-	
5	-		5	-	
4	-		4	-	
3	-		3	-	
2	-		2	-	
1	-		1	-	
0	0		0	0	

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA NORMAL (IV)

MOTOR	TOTAL
26   61 - 65	26   154 - 203
25   57 - 60	25   163 - 193
24   53 - 56	24   173 - 182
23   49 - 52	23   163 - 172
22   45 - 48	22   152 - 162
21   41 - 44	21   142 - 151
20   36 - 40	20   131 - 141
19   32 - 35	19   121 - 130
18   28 - 31	18   111 - 120
17   24 - 27	17   100 - 110
16   20 - 23	16   90 - 99
15   16 - 19	15   79 - 89
14   11 - 15	14   69 - 79
13   7 - 10	13   59 - 68
12   3 - 6	12   48 - 58
11   0 - 2	11   38 - 47
10   -	10   28 - 37
9   -	9   17 - 27
8   -	8   7 - 16
7   -	7   0 - 6
6   -	6   -
5   -	5   -
4   -	4   -
3   -	3   -
2   -	2   -
1   -	1   -
0   0	0   0

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA CLINICA (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 153

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 162 |

| 95 | 155 |

| 90 | 150 |

| 85 | 144 |

| 80 | 135 |

| 75 | 132 |

| 70 | 127 |

| 65 | 119 |

| 60 | 116 |

| 55 | 112 |

| 50 | 109 |

| 45 | 105 |

| 40 | 98 |

| 35 | 94 |

| 30 | 89 |

| 25 | 84 |

| 20 | 79 |

| 15 | 73 |

| 10 | 62 |

| 5 | 52 |

## V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 153

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 162 |

| 95 | 134 |

| 90 | 116 |

| 85 | 102 |

| 80 | 95 |

| 75 | 89 |

| 70 | 80 |

| 65 | 77 |

| 60 | 73 |

| 55 | 68 |

| 50 | 63 |

| 45 | 59 |

| 40 | 56 |

| 35 | 52 |

| 30 | 48 |

| 25 | 44 |

| 20 | 40 |

| 15 | 35 |

| 10 | 32 |

| 5 | 24 |

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA CLINICA (II)

V= 9 MCTGR

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON LN N= 152

P. CENTIL P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 99 | 161 |

| 95 | 135 |

| 90 | 118 |

| 85 | 111 |

| 80 | 104 |

| 75 | 99 |

| 70 | 91 |

| 65 | 84 |

| 60 | 79 |

| 55 | 77 |

| 50 | 72 |

| 45 | 67 |

| 40 | 63 |

| 35 | 60 |

| 30 | 56 |

| 25 | 51 |

| 20 | 44 |

| 15 | 38 |

| 10 | 34 |

| 5 | 28 |

V=10 TOTAL ISRA

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON LN N= 152

P. CENTIL P. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 99 | 469 |

| 95 | 392 |

| 90 | 355 |

| 85 | 334 |

| 80 | 310 |

| 75 | 299 |

| 70 | 286 |

| 65 | 273 |

| 60 | 264 |

| 55 | 251 |

| 50 | 238 |

| 45 | 233 |

| 40 | 225 |

| 35 | 213 |

| 30 | 204 |

| 25 | 197 |

| 20 | 192 |

| 15 | 175 |

| 10 | 161 |

| 5 | 130 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA CLINICA (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 153

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 224 - 227 |

| 49 | 219 - 223 |

| 48 | 214 - 218 |

| 47 | 210 - 213 |

| 46 | 205 - 209 |

| 45 | 201 - 204 |

| 44 | 196 - 200 |

| 43 | 191 - 195 |

| 42 | 187 - 190 |

| 41 | 182 - 186 |

| 40 | 177 - 181 |

| 39 | 173 - 175 |

| 38 | 168 - 172 |

| 37 | 163 - 167 |

| 36 | 159 - 162 |

| 35 | 154 - 158 |

| 34 | 150 - 153 |

| 33 | 145 - 149 |

| 32 | 140 - 144 |

| 31 | 136 - 139 |

| 30 | 131 - 135 |

| 29 | 126 - 130 |

| 28 | 122 - 125 |

| 27 | 117 - 121 |

## V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 153

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 185 - 193 |

| 49 | 184 - 188 |

| 48 | 179 - 183 |

| 47 | 174 - 178 |

| 46 | 170 - 173 |

| 45 | 165 - 169 |

| 44 | 160 - 164 |

| 43 | 155 - 159 |

| 42 | 151 - 154 |

| 41 | 146 - 150 |

| 40 | 141 - 145 |

| 39 | 136 - 140 |

| 38 | 131 - 135 |

| 37 | 127 - 130 |

| 36 | 122 - 126 |

| 35 | 117 - 121 |

| 34 | 112 - 116 |

| 33 | 108 - 111 |

| 32 | 103 - 107 |

| 31 | 98 - 102 |

| 30 | 93 - 97 |

| 29 | 88 - 92 |

| 28 | 84 - 87 |

| 27 | 79 - 83 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA CLINICA (II)

## V= 9 MOTOR

=====

## MUESTRA CON UN N= 152

P. TIPICA F. DIRECTA

=====

50   157 - 201
49   192 - 156
48   187 - 151
47   182 - 166
46   177 - 181
45   173 - 176
44   168 - 172
43   163 - 167
42   158 - 162
41   153 - 157
40   148 - 152
39   143 - 147
38   139 - 142
37   134 - 138
36   129 - 133
35   124 - 128
34   119 - 123
33   114 - 118
32   110 - 113
31   105 - 109
30   100 - 104
29   95 - 99
28   90 - 94
27   85 - 89

## V=10 TOTAL ISFA

=====

## MUESTRA CON UN N= 152

P. TIPICA F. DIRECTA

=====

50   545 - 556
49   534 - 544
48   522 - 523
47   510 - 521
46   495 - 509
45   487 - 498
44   475 - 486
43   464 - 474
42   452 - 463
41   440 - 451
40   425 - 439
39   417 - 428
38   405 - 416
37   394 - 404
36   382 - 393
35   370 - 381
34   355 - 369
33   347 - 358
32   335 - 346
31   324 - 334
30   312 - 323
29   300 - 311
28   285 - 299
27   277 - 288



000

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA CLINICA (III)

COGNITIVO			FISIOLOGICO		
	26	113 - 110		26	74 - 78
	25	108 - 112		25	69 - 73
	24	103 - 107		24	64 - 68
	23	98 - 102		23	60 - 63
	22	94 - 98		22	55 - 59
	21	89 - 93		21	50 - 54
	20	85 - 89		20	45 - 49
	19	80 - 84		19	41 - 44
	18	75 - 79		18	36 - 40
	17	71 - 74		17	31 - 35
	16	66 - 70		16	26 - 30
	15	62 - 65		15	21 - 25
	14	57 - 61		14	17 - 20
	13	52 - 56		13	12 - 16
	12	48 - 51		12	7 - 11
	11	43 - 47		11	2 - 6
	10	38 - 42		10	0 - 1
	9	34 - 37		9	-
	8	29 - 33		8	-
	7	24 - 28		7	-
	6	20 - 23		6	-
	5	15 - 19		5	-
	4	11 - 14		4	-
	3	6 - 10		3	-
	2	1 - 5		2	-
	1	-		1	-
	0	0		0	0

PUNTUACIONES TÍPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LA MUESTRA CLÍNICA (IV)

MOTOR				TOTAL			
	26		80 - 84		26		265 - 276
	25		76 - 79		25		254 - 264
	24		71 - 75		24		242 - 253
	23		66 - 70		23		230 - 241
	22		61 - 65		22		219 - 229
	21		56 - 60		21		207 - 218
	20		51 - 55		20		195 - 206
	19		47 - 50		19		184 - 194
	18		42 - 46		18		172 - 182
	17		37 - 41		17		160 - 171
	16		32 - 36		16		149 - 159
	15		27 - 31		15		137 - 148
	14		22 - 26		14		125 - 136
	13		17 - 21		13		114 - 124
	12		13 - 16		12		102 - 113
	11		8 - 12		11		90 - 101
	10		3 - 7		10		79 - 89
	9		0 - 2		9		67 - 78
	8		-		8		55 - 66
	7		-		7		44 - 54
	6		-		6		32 - 43
	5		-		5		20 - 31
	4		-		4		9 - 19
	3		-		3		0 - 8
	2		-		2		-
	1		-		1		-
	0		0		0		0

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA CLINICA (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 62

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 162 |

| 95 | 144 |

| 90 | 133 |

| 85 | 122 |

| 80 | 117 |

| 75 | 116 |

| 70 | 106 |

| 65 | 100 |

| 60 | 96 |

| 55 | 95 |

| 50 | 90 |

| 45 | 88 |

| 40 | 83 |

| 35 | 79 |

| 30 | 77 |

| 25 | 72 |

| 20 | 63 |

| 15 | 60 |

| 10 | 53 |

| 5 | 46 |

## V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 62

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 136 |

| 95 | 108 |

| 90 | 96 |

| 85 | 90 |

| 80 | 87 |

| 75 | 79 |

| 70 | 74 |

| 65 | 68 |

| 60 | 60 |

| 55 | 58 |

| 50 | 53 |

| 45 | 51 |

| 40 | 47 |

| 35 | 42 |

| 30 | 37 |

| 25 | 35 |

| 20 | 32 |

| 15 | 26 |

| 10 | 24 |

| 5 | 21 |

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA CLINICA (II).

V= 5 ACTOR

\*\*\*\*\*

MUESTRA (CA LI) N= 62

P. CENTIL F. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 99 | 149 |

| 95 | 128 |

| 90 | 112 |

| 85 | 106 |

| 80 | 102 |

| 75 | 96 |

| 70 | 90 |

| 65 | 87 |

| 60 | 84 |

| 55 | 79 |

| 50 | 72 |

| 45 | 63 |

| 40 | 62 |

| 35 | 56 |

| 30 | 53 |

| 25 | 49 |

| 20 | 37 |

| 15 | 33 |

| 10 | 31 |

| 5 | 22 |

V=10 TOTAL ISF/

\*\*\*\*\*

MUESTRA (CA LI) N= 62

P. CENTIL F. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 99 | 405 |

| 95 | 368 |

| 90 | 324 |

| 85 | 299 |

| 80 | 284 |

| 75 | 264 |

| 70 | 256 |

| 65 | 238 |

| 60 | 232 |

| 55 | 222 |

| 50 | 211 |

| 45 | 204 |

| 40 | 195 |

| 35 | 193 |

| 30 | 185 |

| 25 | 175 |

| 20 | 167 |

| 15 | 150 |

| 10 | 127 |

| 5 | 104 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA CLINICA (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 62

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 205 - 209 |

| 49 | 201 - 204 |

| 48 | 196 - 200 |

| 47 | 192 - 195 |

| 46 | 187 - 191 |

| 45 | 183 - 186 |

| 44 | 178 - 182 |

| 43 | 174 - 177 |

| 42 | 170 - 173 |

| 41 | 165 - 169 |

| 40 | 161 - 164 |

| 39 | 156 - 160 |

| 38 | 152 - 155 |

| 37 | 147 - 151 |

| 36 | 143 - 146 |

| 35 | 138 - 142 |

| 34 | 134 - 137 |

| 33 | 129 - 133 |

| 32 | 125 - 128 |

| 31 | 121 - 124 |

| 30 | 116 - 120 |

| 29 | 112 - 115 |

| 28 | 107 - 111 |

| 27 | 103 - 106 |

## V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 62

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 171 - 174 |

| 49 | 166 - 170 |

| 48 | 162 - 165 |

| 47 | 157 - 161 |

| 46 | 153 - 156 |

| 45 | 148 - 152 |

| 44 | 144 - 147 |

| 43 | 139 - 143 |

| 42 | 135 - 138 |

| 41 | 131 - 134 |

| 40 | 126 - 130 |

| 39 | 122 - 125 |

| 38 | 117 - 121 |

| 37 | 113 - 116 |

| 36 | 108 - 112 |

| 35 | 104 - 107 |

| 34 | 99 - 103 |

| 33 | 95 - 98 |

| 32 | 91 - 94 |

| 31 | 86 - 90 |

| 30 | 82 - 85 |

| 29 | 77 - 81 |

| 28 | 73 - 76 |

| 27 | 68 - 72 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA CLINICA (II)

V= 5 PCTOS  
 \*\*\*\*\*

MUESTRA CON UN P= 62

P. TIPICA F. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 50 | 154 - 158 |

| 49 | 149 - 153 |

| 48 | 144 - 148 |

| 47 | 140 - 143 |

| 46 | 135 - 139 |

| 45 | 130 - 134 |

| 44 | 125 - 129 |

| 43 | 120 - 124 |

| 42 | 115 - 119 |

| 41 | 111 - 115 |

| 40 | 106 - 110 |

| 39 | 101 - 105 |

| 38 | 96 - 100 |

| 37 | 92 - 95 |

| 36 | 87 - 91 |

| 35 | 82 - 86 |

| 34 | 77 - 81 |

| 33 | 72 - 76 |

| 32 | 67 - 71 |

| 31 | 62 - 66 |

| 30 | 58 - 62 |

| 29 | 53 - 57 |

| 28 | 48 - 52 |

| 27 | 43 - 47 |

V=10 TOTAL PCTOS

\*\*\*\*\*

MUESTRA CON UN P= 62

P. TIPICA F. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 50 | 310 - 321 |

| 49 | 299 - 309 |

| 48 | 288 - 298 |

| 47 | 277 - 287 |

| 46 | 265 - 276 |

| 45 | 254 - 264 |

| 44 | 243 - 253 |

| 43 | 231 - 242 |

| 42 | 220 - 230 |

| 41 | 209 - 219 |

| 40 | 197 - 208 |

| 39 | 186 - 196 |

| 38 | 175 - 185 |

| 37 | 164 - 174 |

| 36 | 152 - 163 |

| 35 | 141 - 151 |

| 34 | 130 - 140 |

| 33 | 118 - 129 |

| 32 | 107 - 117 |

| 31 | 95 - 106 |

| 30 | 84 - 95 |

| 29 | 72 - 83 |

| 28 | 60 - 71 |

| 27 | 49 - 60 |

542

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA CLINICA (III)

COGNITIVO			FISIOLOGICO		
26	98 -	102	26	64 -	67
25	94 -	97	25	60 -	63
24	89 -	93	24	55 -	59
23	85 -	88	23	51 -	54
22	81 -	84	22	46 -	50
21	76 -	80	21	42 -	45
20	72 -	75	20	37 -	41
19	67 -	71	19	33 -	36
18	63 -	66	18	28 -	32
17	58 -	62	17	24 -	27
16	54 -	57	16	20 -	23
15	49 -	53	15	15 -	19
14	45 -	48	14	11 -	14
13	41 -	44	13	6 -	10
12	36 -	40	12	2 -	5
11	32 -	35	11	0 -	1
10	27 -	31	10	-	
9	23 -	26	9	-	
8	19 -	22	8	-	
7	14 -	17	7	-	
6	9 -	13	6	-	
5	5 -	8	5	-	
4	0 -	4	4	-	
3	-		3	-	
2	-		2	-	
1	-		1	-	
0	0		0	0	

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LOS VARONES DE LA MUESTRA CLINICA (IV)

543

MOTOR	TOTAL
26   15 - 82	26   235 - 250
25   14 - 78	25   228 - 238
24   13 - 73	24   217 - 227
23   12 - 68	23   206 - 216
22   11 - 63	22   194 - 205
21   10 - 58	21   182 - 193
20   9 - 53	20   172 - 182
19   8 - 48	19   160 - 171
18   7 - 44	18   149 - 159
17   6 - 39	17   138 - 148
16   5 - 34	16   126 - 137
15   4 - 29	15   115 - 125
14   3 - 25	14   104 - 114
13   2 - 20	13   92 - 103
12   1 - 15	12   81 - 92
11   0 - 10	11   70 - 80
10   0 - 5	10   59 - 69
9   0 - 0	9   47 - 58
8   0 - 0	8   36 - 46
7   0 - 0	7   25 - 35
6   0 - 0	6   14 - 24
5   0 - 0	5   2 - 13
4   0 - 0	4   0 - 1
3   0 - 0	3   0 - 0
2   0 - 0	2   0 - 0
1   0 - 0	1   0 - 0
0   0 - 0	0   0 - 0



544

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA CLINICA (I)

V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 91

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 186 |

| 95 | 158 |

| 90 | 153 |

| 85 | 148 |

| 80 | 142 |

| 75 | 138 |

| 70 | 133 |

| 65 | 131 |

| 60 | 126 |

| 55 | 124 |

| 50 | 117 |

| 45 | 113 |

| 40 | 112 |

| 35 | 109 |

| 30 | 105 |

| 25 | 95 |

| 20 | 91 |

| 15 | 83 |

| 10 | 78 |

| 5 | 61 |

V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 91

P. CENTIL P. DIRECTA

=====

| 99 | 168 |

| 95 | 135 |

| 90 | 124 |

| 85 | 111 |

| 80 | 101 |

| 75 | 95 |

| 70 | 86 |

| 65 | 80 |

| 60 | 76 |

| 55 | 74 |

| 50 | 70 |

| 45 | 65 |

| 40 | 61 |

| 35 | 55 |

| 30 | 54 |

| 25 | 50 |

| 20 | 48 |

| 15 | 44 |

| 10 | 37 |

| 5 | 25 |

PUNTUACIONES CENTILES PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA CLINICA (II)

V= 5 PCTCF

\*\*\*\*\*

MUESTRA (CCL LA N= 51

P. CENTIL F. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 55 | 161 |

| 55 | 141 |

| 50 | 118 |

| 45 | 112 |

| 40 | 103 |

| 35 | 55 |

| 30 | 50 |

| 25 | 81 |

| 20 | 77 |

| 15 | 76 |

| 10 | 72 |

| 5 | 65 |

| 0 | 65 |

| 35 | 60 |

| 30 | 58 |

| 25 | 53 |

| 20 | 44 |

| 15 | 41 |

| 10 | 37 |

| 5 | 33 |

V=10 TOTAL 1587

\*\*\*\*\*

MUESTRA (CCL LA N= 51

P. CENTIL F. DIRECTA

\*\*\*\*\*

| 55 | 444 |

| 55 | 422 |

| 50 | 397 |

| 45 | 244 |

| 40 | 318 |

| 35 | 310 |

| 30 | 299 |

| 25 | 294 |

| 20 | 283 |

| 15 | 273 |

| 10 | 260 |

| 5 | 248 |

| 0 | 238 |

| 35 | 234 |

| 30 | 227 |

| 25 | 213 |

| 20 | 204 |

| 15 | 195 |

| 10 | 185 |

| 5 | 156 |

546

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA CLINICA (I)

## V= 7 COGNITIVO

=====

MUESTRA CON UN N= 51

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 224 - 227 |

| 49 | 219 - 223 |

| 48 | 215 - 218 |

| 47 | 211 - 214 |

| 46 | 207 - 210 |

| 45 | 202 - 206 |

| 44 | 198 - 201 |

| 43 | 194 - 197 |

| 42 | 190 - 193 |

| 41 | 185 - 189 |

| 40 | 181 - 184 |

| 39 | 177 - 180 |

| 38 | 173 - 176 |

| 37 | 168 - 172 |

| 36 | 164 - 167 |

| 35 | 160 - 163 |

| 34 | 156 - 159 |

| 33 | 151 - 155 |

| 32 | 147 - 150 |

| 31 | 143 - 146 |

| 30 | 139 - 142 |

| 29 | 134 - 138 |

| 28 | 130 - 133 |

| 27 | 126 - 129 |

## V= 8 FISIOLOGICO

=====

MUESTRA CON UN N= 51

P. TIPICA P. DIRECTA

=====

| 50 | 195 - 199 |

| 49 | 190 - 194 |

| 48 | 186 - 189 |

| 47 | 181 - 185 |

| 46 | 176 - 180 |

| 45 | 171 - 175 |

| 44 | 167 - 170 |

| 43 | 162 - 166 |

| 42 | 157 - 161 |

| 41 | 152 - 156 |

| 40 | 147 - 151 |

| 39 | 143 - 146 |

| 38 | 138 - 142 |

| 37 | 133 - 137 |

| 36 | 128 - 132 |

| 35 | 124 - 127 |

| 34 | 119 - 123 |

| 33 | 114 - 118 |

| 32 | 109 - 113 |

| 31 | 105 - 108 |

| 30 | 100 - 104 |

| 29 | 95 - 99 |

| 28 | 90 - 94 |

| 27 | 85 - 89 |

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA CLINICA (II)

V= 5 DETEF			V=10 TOTAL 1950		
*****			*****		
MUESTRA (CN LN P= 91			MUESTRA (CN LN P= 91		
P. TIPICA	F. DIRECTA		P. TIPICA	F. DIRECTA	
*****	*****		*****	*****	
50	198 - 202		50	552 - 563	
49	194 - 197		49	541 - 551	
48	189 - 192		48	530 - 541	
47	184 - 188		47	519 - 529	
46	179 - 182		46	507 - 518	
45	174 - 178		45	496 - 506	
44	169 - 173		44	485 - 495	
43	164 - 168		43	474 - 484	
42	160 - 163		42	462 - 473	
41	155 - 159		41	451 - 461	
40	150 - 154		40	440 - 450	
39	145 - 149		39	429 - 439	
38	140 - 144		38	417 - 428	
37	135 - 139		37	406 - 416	
36	130 - 134		36	395 - 405	
35	125 - 129		35	384 - 394	
34	121 - 124		34	372 - 383	
33	116 - 120		33	361 - 371	
32	111 - 115		32	350 - 360	
31	106 - 110		31	339 - 349	
30	101 - 105		30	327 - 338	
29	96 - 100		29	316 - 326	
28	91 - 95		28	305 - 315	
27	87 - 90		27	294 - 304	

PUNTAJES TÍPICOS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA CLÍNICA (III)

COGNITIVO			FISIOLÓGICO		
26	122 - 125		26	81 - 84	
25	117 - 121		25	76 - 80	
24	113 - 116		24	71 - 75	
23	109 - 112		23	66 - 70	
22	105 - 108		22	62 - 65	
21	100 - 104		21	57 - 61	
20	96 - 99		20	52 - 56	
19	92 - 95		19	47 - 51	
18	88 - 91		18	43 - 46	
17	83 - 87		17	38 - 42	
16	79 - 82		16	33 - 37	
15	75 - 78		15	28 - 32	
14	71 - 74		14	23 - 27	
13	66 - 70		13	19 - 22	
12	62 - 65		12	14 - 18	
11	58 - 61		11	9 - 13	
10	54 - 57		10	4 - 8	
9	49 - 53		9	0 - 3	
8	45 - 48		8	-	
7	41 - 44		7	-	
6	37 - 40		6	-	
5	32 - 36		5	-	
4	28 - 31		4	-	
3	24 - 27		3	-	
2	20 - 23		2	-	
1	16 - 19		1	-	
0	0 - 15		0	0	

PUNTUACIONES TIPICAS PARA C., F., M., Y TOTAL EN  
LAS MUJERES DE LA MUESTRA CLINICA (IV)

549

MOTOR	TOTAL
26   12 - 86	26   282 - 299
25   11 - 81	25   271 - 281
24   12 - 76	24   260 - 270
23   11 - 71	23   249 - 259
22   12 - 66	22   237 - 268
21   11 - 61	21   226 - 236
20   13 - 56	20   215 - 225
19   14 - 52	19   204 - 214
18   13 - 47	18   192 - 203
17   16 - 42	17   181 - 191
16   13 - 37	16   170 - 180
15   16 - 32	15   159 - 169
14   13 - 27	14   148 - 158
13   15 - 22	13   136 - 147
12   14 - 18	12   125 - 135
11   9 - 13	11   114 - 124
10   4 - 8	10   103 - 113
9   0 - 3	9   91 - 102
8   -	8   80 - 90
7   -	7   69 - 79
6   -	6   58 - 88
5   -	5   46 - 57
4   -	4   35 - 45
3   -	3   24 - 34
2   -	2   12 - 23
1   -	1   1 - 12
0   0	0   0

NOTA

Además de los análisis de datos presentados en esta obra, se han realizado otros teniendo en cuenta variables como sexo, edad y nivel cultural, que no han sido incluidos por obvias razones de espacio y por evitar la posible dispersión que tal volumen de datos produciría.

Dichos datos están a disposición de las personas interesadas.

